

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A REQUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

CINQUANTE-TROISIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1895

90,152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

LES SENTIMENTS ET LES PASSIONS

DANS

LEURS RAPPORTS AVEC L'ALIÉNATION MENTALE

Par le D^r H. DAGONET

Les auteurs ont pris, en général, comme base de classification des maladies mentales, les troubles que l'on observe du côté de l'intelligence. De là les principales formes caractérisées par les anomalies que l'on rencontre au point de vue de l'association des idées, celles qui ont pour symptôme prédominant l'incohérence des idées et leur association vicieuse, la manie et les délires systématisés, celles enfin qui reposent sur l'affaiblissement, la suspension ou l'excitation des facultés intellectuelles.

L'observation vulgaire montre cependant que chez les aliénés, on observe tout aussi bien les troubles de la sensibilité morale, des sentiments et des passions ; que même l'altération, dans quelques cas, est plus profonde, plus accentuée de ce côté, qu'elle peut être véri-

tablement prédominante, l'intelligence proprement dite restant en quelque sorte intacte. Ces faits sont parfaitement connus des médecins aliénistes ; mais les troubles de la sensibilité morale sont ordinairement d'une appréciation difficile, ils ne sont pas apparents comme ceux que présentent les facultés intellectuelles. Il faut en effet, pour les découvrir, un tact particulier et une véritable expérience ; ils se confondent souvent avec ce que l'on observe à l'état physiologique.

On comprend donc comment la classification qui repose essentiellement sur la forme même que revêtent les manifestations délirantes, a dû être facilement acceptée. C'est évidemment là une classification arbitraire, car elle n'est basée que sur un seul symptôme, *le délire*. Pour être complète, elle devrait comprendre un ordre de faits plus étendu et envisager l'individu atteint d'aliénation mentale, non seulement au point de vue de l'altération de l'intelligence, mais encore à celui des facultés morales. C'est dans ce but que nous voulons résumer les observations suivantes.

SENSIBILITÉ MORALE

La sensibilité morale domine en quelque sorte la vie psychique de l'individu. Dans le langage habituel, on rattache à cette faculté primordiale les émotions et les mouvements passionnels qui nous agitent. Les émotions que nous éprouvons déterminent, on le sait, dans l'organisme, un trouble particulier, un retentissement dont on ne peut nier l'évidence : les fonctions sont entravées, la respiration, la circulation deviennent difficiles, le sang s'accumule dans les organes intérieurs, le visage pâlit ou se colore à la suite des impressions plus ou moins agréables, l'expression des traits indique suffisamment la nature des émotions ressenties.

Suivant Condillac, les idées, la réflexion, le juge-

ment ne seraient que des sensations transformées dont elles seraient elles-mêmes le principe et l'origine : *Nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu*.

Sans examiner ce que cette doctrine peut avoir d'absolu, nous nous bornons à constater l'influence incoutestable que les troubles de la sensibilité morale viennent imprimer au développement des manifestations délirantes. L'état de la sensibilité, le degré d'impressionnabilité qui en dépend, varient suivant certaines conditions et suivant les individus. Il nous paraît inutile d'insister à ce sujet. Ce qu'il importe de constater, c'est que la plupart des aliénés présentent, au point de vue moral, des désordres plus ou moins étendus, qui, tantôt précèdent l'explosion du délire et contribuent souvent alors à en déterminer la forme, ou bien lui succèdent, sont déterminés par lui : dans ce dernier cas, ils nous permettent souvent d'expliquer les erreurs, les idées fixes, les hallucinations qui en sont la conséquence.

SENTIMENTS. PASSIONS. — On se sert du mot sentiment pour désigner l'impression qu'éprouve le *moi*, lorsque les phénomènes dépendant de la sensibilité se sont accomplis. Les passions résultent de l'exagération des sentiments et provoquent les mouvements impulsifs plus ou moins irrésistibles. Quelle que soit la multiplicité des sentiments qui agitent l'homme, on peut, d'après Renandin (*Etudes méd.-psychologiques*, p. 82), les ramener à trois chefs principaux : le *sentiment de la personnalité*, les *sentiments affectifs* et le *sentiment religieux*. « Ce sont moins des types, dit-il, que les divers degrés du développement psychique. » Rappelons aussi que Georget avait voulu ranger les *affections morales* en quatre classes suivant qu'elles se rapprochaient de la joie, de la colère, de la frayeur et du chagrin.

La classification de Renaudin nous paraît suffire pour le point de vue auquel nous nous plaçons.

1. — *Sentiment de la personnalité.* — Le sentiment de la personnalité est, à l'état normal, celui qui nous donne la conscience de notre propre existence, des qualités morales et physiques qui nous caractérisent, de notre force, de notre courage, de notre jugement, de notre intelligence, etc.

Vague dans son principe, mieux raisonné par la suite, il a pour première manifestation ce qu'on est convenu d'appeler l'*amour-propre* : « C'est le degré le plus élémentaire de l'orgueil ; il en est pour ainsi dire l'instinct. Il se concentre d'habitude sur certains points, sur certaines idées. Chacun a l'amour propre d'exceller dans telle ou telle partie ; il a, sous ce rapport, son idée fixe qu'il doit contrebalancer avec soin s'il ne veut pas subir sa domination au détriment du jugement et de la saine raison. » (Renaudin, *op. cit.*, p. 83.)

L'amour-propre joue dans la vie de l'homme un rôle considérable, il personnifie ou exagère l'individualisme, il prodnit l'émulation ou l'orgueil et l'envie, etc.

Exagération du sentiment de la personnalité. — L'orgueil est l'exagération simple du sentiment de la personnalité. Porté à un certain degré, il rend l'individu tenace, aveugle sur ses propres erreurs, finissant par se convaincre lui-même et persistant, malgré les meilleurs conseils, dans la voie dans laquelle il s'est engagé. Il donne souvent à l'individu une confiance illimitée en lui-même, qui sera poussée quelquefois jusqu'à la témérité, et ne tiendra compte sans aucun souci des dangers encourus.

À l'état pathologique, dans les périodes de surexcitation, il détermine une sorte d'ivresse sous l'influence de laquelle se développent les erreurs de perception, les hallucinations et les idées fixes.

L'individu se croit riche, puissant, il peut atteindre un pouvoir surnaturel ; le sentiment de sa personnalité s'exagère jusque dans les éléments qui caractérisent le délire. L'idée fausse le passionne exclusivement, il ne peut plus la juger avec impartialité ; elle devient d'autant plus absurde que l'individu est moins intelligent ou plus aliéné.

Le délire ambitieux n'est pas, à proprement parler, une transformation, mais une exaltation d'un état physiologique. On sait que ce délire se rencontre dans les formes mentales les plus diverses.

Suspension du sentiment de la personnalité. — Sous le nom de stupéur, stupidité, démence aiguë, on désigne une affection principalement caractérisée par la suspension plus ou moins complète des fonctions psycho-cérébrales et, par conséquent, du sentiment de la personnalité. « Dans cet état, disait un malade d'Esquirol, mon intelligence est nulle, je ne pense pas, je ne vois et n'entends rien ; si je vois, si j'apprécie les choses, je garde le silence, n'ayant pas le courage de répondre ; mes sensations sont trop faibles pour qu'elles agissent sur ma volonté. »

Georget admettait également pour cette affection la suspension des facultés cérébrales, la confusion des idées et l'obtusion de l'intelligence. Les malades dont il cite l'observation ont déclaré que, pendant l'état étrange dans lequel ils se trouvaient, ils ne pensaient à rien ; que les idées leur venaient quelquefois à l'esprit en grand nombre, mais si confusément, qu'il leur était impossible d'en exprimer aucune.

La suspension du sentiment de la personnalité est pour nous la cause fondamentale de cette affection. Il existe, en effet, dans quelques-unes de ses variétés, un chaos, une confusion au milieu de laquelle les malades ne peuvent se reconnaître ; comme l'a fait remarquer Bail-

larger, il y a, chez eux, perte de la conscience du temps, des lieux, des personnes et, même, suspension de la volonté. Tout indique le défaut de spontanéité qui est le signe distinctif de ce trouble psychique; dans quelques cas, on voit le malade se livrer à des actes qui le font ressembler à un véritable automate, il répète les mouvements qu'il voit faire, emboîte le pas d'un malade qui le précède, s'arrête en même temps, etc. Il existe une *insensibilité* plus ou moins marquée, qu'il s'agisse de stimulants d'ordre moral et intellectuel, ou encore de stimulants d'ordre physique. Au milieu de la confusion des impressions de toutes sortes, internes ou externes, dont ils sont le jouet, il leur est impossible de faire aucune distinction, tout se mêle et se confond dans leur esprit. Les manifestations délirantes qui en résultent sont elles-mêmes marquées au coin de la confusion la plus extrême, elles rappellent l'état de rêve. Chez le rêveur comme chez le stupide, il y a suspension de la personnalité et de la volonté. (Voir D^r Chaslin. *La confusion mentale primitive*, 1895.)

Affaiblissement du sentiment de la personnalité. — L'affaiblissement, la diminution, la perte du sentiment de la personnalité s'observent dans différentes affections mentales : dans l'hypochondrie, dans certaines variétés de la paralysie générale, dans le délire mélancolique, plus ou moins systématisé, que l'on a décrit sous le titre de délire de négation, etc.

Cette perte peut être partielle ; l'individu affirme que telle ou telle partie de son corps n'existe plus, qu'elle est transformée en un objet quelconque, en bois, en carton, en caoutchouc, etc. ; c'est là une chose inerte, et il cherche à en donner la preuve en se mutilant. Dans ce cas, comme l'a si justement fait remarquer Ribot (*Maladies de la personnalité*, p. 106), il existe des troubles de la cénesthésie (sens du corps), qui se présentent

avec les formes les plus variables. Quelques malades ont le sentiment de n'avoir plus de poids, d'être très légers ; beaucoup ont perdu la sensation de la résistance et ne reconnaissent plus avec le tact la forme des objets. Ils se croient « séparés de l'univers », leur corps est comme enveloppé de milieux isolants qui s'interposent entre eux et le monde extérieur.

L'altération du sentiment de la personnalité se joint dans ce cas aux troubles de la sensibilité générale. Les sensations anormales que l'altération des sens de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat viennent provoquer, contribuent à développer les éléments d'une nouvelle personnalité. Les malades disent eux-mêmes qu'ils ne sont plus en état d'apprécier la nature de leurs sensations nouvelles, qu'ils sont devenus une autre personne.

Esquirol cite l'observation d'une jeune fille qu'il soignait à Charenton ; elle était persuadée qu'elle n'avait plus de corps ; elle allait sans cesse comme une personne égarée à la recherche de son corps, elle le demandait pendant la visite et répétait continuellement : « Je n'ai plus de corps. Que vais-je devenir ? Rendez-moi mon corps. » Une autre croyait que le diable avait emporté son corps ; la surface de la peau était complètement insensible. Foville cite également un fait analogue ; un soldat, à la suite d'une blessure grave, prétendait qu'un boulet avait emporté son corps ; ce que l'on prétendait voir ce n'était pas lui, mais une mauvaise machine faite à sa ressemblance.

Les causes des anomalies de la sensibilité générale qui semblent présider au développement de ce délire sont difficiles à apprécier ; certaines modifications obscures de la sensibilité musculaire donnent naissance à ces conceptions délirantes.

Griesinger a insisté sur un phénomène particulier à

quelques aliénés, une anesthésie psychique qui enlève à l'intelligence la perception de la sensation. On entend des mélancoliques dire : « Je vois, j'entends, je ressens, mais je ne peux percevoir la sensation, c'est comme s'il y avait un mur entre moi et le monde extérieur. »

Les hallucinations sont une des conséquences les plus fréquentes de la transformation et de l'affaiblissement du sentiment de la personnalité. Une hystérique, citée par Baillarger (*Ann. méd.-psych.*, 1^{re} série, t. VI, p. 151), entend une voix qui commente ses paroles, les critique, les tourne en ridicule. Le ton de cette voix, quand « l'esprit parle, diffère toujours un peu et même quelquefois totalement de la voix ordinaire de la malade, et c'est pourquoi celle-ci croit à la réalité de l'esprit ».

Le *délire des négations*, particulièrement étudié par Cotard, se rattache surtout à l'affaiblissement plus ou moins considérable du sentiment de la personnalité. Cotard a dit qu'il s'agissait d'un manque de l'énergie psycho-motrice. « Des états de dépression psychomotrice, ajoute-t-il, dérivent une disposition morale pénible, un abattement, un désespoir qui s'expliquent plutôt par la perte de l'énergie motrice que par des troubles de la sensibilité. Le délire des négations, auquel aboutissent les formes graves, s'explique ainsi par des troubles moteurs. (*Ann. méd.-psych.*, oct. 1891, p. 328.)

J. Falret a fait remarquer que ce délire a une évolution progressive, c'est d'abord une sorte d'hypochondrie morale, puis les conceptions délirantes les plus diverses, les idées de ruine, de culpabilité, d'indignité et de damnation surviennent. Plus tard, à une période avancée, apparaissent les idées délirantes réellement absurdes. (*Ann. méd.-psych.*, décembre, 1892, p. 369.)

D'une manière générale, dit Ribot (*op. cit.*, p. 148), sous l'influence de ces états pathologiques, il existe une

aliénation de la personnalité, l'ancienne est devenue étrangère, *aliena*, pour la nouvelle. L'individu finit par ignorer sa première; quand on la lui rappelle, il la contemple objectivement, comme séparée de lui. Le malade parle de lui à la troisième personne. L'anxiété est l'un des caractères habituels de cette altération de la personnalité qui se montre aussi à la suite d'autres états, démence, paralysie générale, etc.

(Voir J. Dagouet, *Bulletin de la Société de méd. mentale de Belgique*, 1892.)

Nous n'insisterons pas davantage sur les troubles nombreux de la personnalité; nous les avons résumés avec tous les détails nécessaires dans notre *Traité des mal. ment.*, 1894, p. 77; nous nous bornerons à constater que le sentiment de la personnalité subit, chez un grand nombre d'aliénés, une transformation profonde. La conscience ne perçoit plus de la même manière les impressions que l'organisme lui transmet et celles qui proviennent du monde extérieur. Les objets et les choses ont une signification toute contraire à celle qu'ils avaient autrefois, de là les idées délirantes des formes particulières d'aliénation mentale et les déterminations qui, sans cela, nous paraîtraient inexplicables.

II. — *Troubles de la sensibilité morale proprement dite (sentiments affectifs)*. — La sensibilité morale proprement dite, source des sentiments et des passions, présente une perturbation profonde dans la plupart des formes d'aliénation mentale. Dans le langage habituel, on rattache à cette faculté tous les mouvements qui se succèdent si rapidement en nous, les émotions diverses qui s'accompagnent d'un sentiment de plaisir ou de peine, en un mot tout ce qui nous agite pendant le cours de notre existence. Les sentiments affectifs, à l'état normal, se développent sous les formes les plus diverses; ils entraînent la sympathie ou l'antipathie à l'égard des

personnes avec lesquelles nous nous trouvons en relation, et les individus présentent sous ce rapport une aptitude qui se développe avec l'âge et que peuvent modifier l'éducation et surtout le milieu ambiant et les intérêts de toutes sortes qui deviennent le principal stimulant.

Les sentiments affectifs, sous l'influence de la folie, se modifient profondément; on observe de ce côté l'exagération, l'affaiblissement ou la perversion. On a déjà remarqué que le caractère subissait une transformation considérable, à la période prodromique de l'affection mentale. Tantôt les traits saillants du caractère sont exagérés, comme on l'observe dans quelques variétés de la mélancolie, et quelquefois même la folie ne présente d'autre symptôme psychique apparent que l'exagération du caractère primitif, tantôt on en observe la transformation complète. L'individu de caractère droit et franc devient dissimulé; à la douceur, on voit succéder l'irritabilité; les antipathies remplacent les sentiments affectifs les plus développés.

Dans la paralysie générale, cette modification se présente longtemps avant l'apparition des manifestations délirantes et des troubles moteurs. Le malade se livre à des excès, que l'on considère plus tard comme la cause de la paralysie générale, alors qu'ils n'en étaient que les premiers symptômes; sa moralité a baissé, il n'a plus aucun sentiment d'honneur, il vit dans la débauche la plus crapuleuse, etc.

De nouvelles passions surgissent chez un grand nombre d'aliénés, ils deviennent d'une impressionnabilité très grande, leurs sentiments affectifs se transforment plus ou moins; ils prennent en aversion les personnes qu'ils chérissaient le plus, ou du moins s'ils ne leur témoignent pas les marques d'un profond mépris, ils n'ont plus pour elles qu'une indifférence complète. « Cette perversion

morale, dit Esquirol, est si constante, qu'elle me paraît un caractère essentiel de l'aliénation mentale. Il est des aliénés dont le délire est à peine sensible ; il n'en est pas dont les passions, les affections morales ne soient désordonnées, perverties ou anéanties. »

Toutes les passions peuvent prendre chez quelques aliénés un développement extraordinaire. Elles ont une énergie plus ou moins en rapport avec la forme même du délire qu'elles contribuent souvent à déterminer. C'est ainsi que les passions expansives, celles qui expriment le contentement, le bien-être, la satisfaction de soi-même, constituent, par leur exagération, le caractère spécial du délire systématisé ambitieux et de certaines phases de la paralysie générale ; les passions dépressives, celles qui expriment le chagrin, la crainte, la frayeur, se rencontrent dans les diverses variétés de la mélancolie et de la stupidité. (Nous reviendrons plus loin sur les particularités que présentent certaines passions au point de vue de la forme spéciale des manifestations délirantes.) Chez les individus atteints de manie et d'excitation maniaque, les passions présentent comme les idées qu'elles déterminent une remarquable instabilité. Elles se succèdent les unes aux autres avec une mobilité que rien n'explique. Le malade passe sans transition de la joie la plus vive à toutes les manifestations de la douleur la plus profonde ; il ne garde aucune mesure dans les sentiments de haine, de vengeance qui l'animent tout à coup et qui font brusquement place aux expressions contraires d'une amitié sans bornes.

Dans l'état de raison, entre le mouvement impulsif passionnel et la détermination, intervient la conscience, principe régulateur des fonctions psychiques ; l'acte commis engage nécessairement la responsabilité de celui qui l'a commis ; chez l'aliéné, la conscience est absente ; elle ne vient pas apporter d'obstacle à l'accom-

plissement de déterminations regrettables, c'est là, on peut le dire, une règle générale, un principe vrai dans la majorité des cas.

Perversion morale (folie morale, impulsive). — La perversion morale caractérise certaines formes d'aliénation mentale. Les maniaques, dans quelques variétés de leur maladie, sont poussés à des actes de méchanceté; comme l'a fait observer Esquirol, ils se plaisent à faire le mal, ils injurient, ils calomnient, ils rient du mal qu'ils font et de celui qu'ils voient faire, etc. Il existe une forme remarquable que l'on a désignée sous le nom de folie morale impulsive qui est en quelque sorte systématisée et qui se caractérise par une perversion profonde, sans manifestations délirantes bien apparentes. Nous ne devons pas y insister longuement.

La folie morale est une affection particulièrement caractérisée par l'exagération passionnelle des sentiments les plus pervers et l'affaiblissement de la volonté, plutôt que par le trouble même des facultés intellectuelles, en d'autres termes par un entraînement souvent *irrésistible* aux actes blâmables ou dangereux ou par la perturbation du sens moral et des tendances instinctives. Prichard a donné à cette forme d'aliénation le nom de *moral insanity*. Maudsley a admis que, comme l'intelligence, le sens moral peut être affecté isolément; mais, ainsi que l'observe Flemming, toutes les facultés étant étroitement liées les unes aux autres, on ne saurait facilement comprendre qu'une faculté vint à rester isolément troublée sans entraîner une lésion plus ou moins générale du reste de l'entendement. « Tous ceux, dit Maudsley, qui ont écrit sur l'aliénation mentale, sont contrainits, par l'observation des faits, à reconnaître qu'il est, pour cette affection, des variétés où le délire n'existe pas, une folie où il y a principalement insanité du sentiment et de la conduite. Ainsi dans les deux

grandes divisions primaires appelées la mélancolie et la manie, on distingue une *mélancolie* sans délire et une *manie sans délire*. »

Les individus atteints de cette forme d'aliénation, dit Trélat, sont fous, mais ne le paraissent pas parce qu'ils s'expriment avec lucidité. Ils sont fous dans leurs actes plutôt que dans leurs paroles. Ils savent parfaitement se contenir devant les personnes étrangères ; une fois abandonnés à eux-mêmes, chez eux, dans leur intérieur, on les voit se livrer aux actes les plus désordonnés, aux actions les plus noires et les plus méchantes.

L'auteur que nous citons a rapporté entre autres les observations suivantes : M^{lle} X... est presque périodiquement sujette à des accès maniaques pendant lesquels elle frappe à coups redoublés tout ce qui est à sa disposition, déchire ses vêtements, ses draps, ses couvertures et ses matelas, brise ses meubles et tout ce qu'elle peut trouver sous la main. Pendant ce temps et jusqu'au milieu de sa plus grande violence, elle conserve et possède toute son intelligence et répond toujours juste aux questions qu'on lui adresse ; si on lui reproche ses violences et ses actes de méchanceté, elle affirme qu'elle ne peut pas faire autrement. Comme autre exemple de ce qu'il appelle les maniaques lucides, il cite une autre malade qui de temps à autre, un mois sur deux, est prise d'un accès de manie morale. Elle devient nuisible et dangereuse pour ses voisines ; elle les pousse, les pique, les pince, elle s'empare de leur ouvrage, le coupe, le salit et le remet bien vite en place. Si on lui reproche les actes qu'elle a commis, si on lui montre la preuve, elle ne dit rien, sa figure demeure immobile. Elle est toujours *lucide* et conserve dans ses accès l'apparence du calme le plus profond (1).

(1) Trélat, *Folie lucide*, p. 297 et 302.

Nous ne décrivons pas, à propos de la folie morale et *impulsive*, les nombreuses impulsions que l'on observe sous l'influence de cet état morbide ; elles sont connues sous les noms de folie homicide, suicide, kleptomanie, pyromanie, dipsomanie, etc., et ne sauraient constituer une infraction punissable, quelles que puissent être les apparences du discernement. Les aliénés impulsifs, lorsqu'on les interroge sur les motifs qui leur sont reprochés, ne peuvent faire connaître de mobile sérieux ; ils répondent tous de la même manière : c'est une impulsion violente contre laquelle ils ont en vain lutté, qui les a sollicités.

L'aliénation mentale n'est certainement pas une passion, mais un état pathologique nettement caractérisé.

III. — *Passions affectives ; leurs rapports avec la forme d'aliénation mentale* — Les passions, comme leur étymologie l'indique : pâtir ou souffrir, sont les émotions qui viennent troubler notre sensibilité intérieure ; on les a encore appelées des mouvements contre nature. La passion absorbe les autres affections, elle devient exclusive. Les individus doués d'une sensibilité vive et exaltée, d'une imagination ardente, sont les plus susceptibles de ressentir et de transmettre les passions. Si les passions sont l'excitant le plus puissant des fonctions intellectuelles, on peut, d'autre part, affirmer que l'intelligence peut, à elle seule, dominer la passion ; chez les aliénés, on observe de ce côté, en l'absence de toute raison, les dérèglements les plus remarquables.

Un nombre des facultés affectives prédominantes, nous devons placer la *crainte* et la *frayeur*, qui en est l'exagération. Non seulement elle donne à la forme d'aliénation un cachet véritablement particulier, mais elle peut momentanément suspendre l'exercice des fonctions intellectuelles.

Si la nuit vous êtes seul, dans un endroit écarté, pour

peu que vous soyez dans une disposition nerveuse particulière et que la peur vous saisisse, vous voyez alors surgir les fantaisies les plus sombres; les conceptions les plus singulières s'emparent de votre esprit, l'idée fixe que des voleurs, des assassins peuvent être cachés dans les sentiers obscurs que vous traversez, tous les souvenirs en rapport avec cette idée, avec vos croyances, la danse des morts, les feux follets, etc., font leur apparition en traits de feu devant l'imagination troublée. Une volonté énergique vous permet de vous ressaisir et de chasser comme par un souffle ces images. Mais elles n'en démontrent pas moins que toute cette création d'idées fixes et d'illusions a été produite par le trouble moral dans lequel vous vous êtes accidentellement trouvé.

La crainte est une dépression de la sensibilité qui donne à l'esprit l'idée d'un mal ou d'un péril plus ou moins grave et plus ou moins prochain. Elle provoque chez les aliénés des souffrances intolérables. Elle exerce sur les fonctions organiques l'influence la plus fâcheuse, et donne à l'individu une attitude humble et suppliante, les genoux fléchissent, les muscles se relâchent, le visage pâlit, la respiration s'embarrasse, la lèvre inférieure tremble, une sueur froide parcourt tout le corps. Elle développe la série des passions dépressives qui isolent l'individu de plus en plus. Sous son influence, la notion du sens moral se perd et l'individu se livre aux actes que sa conscience réprouve; de là les regrets, les remords qui caractérisent certaines formes de délire lypémanique. (Renaudin, *op. cit.*, p. 93.)

La frayeur, qui est le degré le plus élevé, peut déterminer un véritable état de stupeur. Rien n'est contagieux comme la peur et la frayeur, dont l'effet est désastreux sur les masses. Elles peuvent contribuer au développement de certaines névroses et de l'aliénation;

sous leur action naissent les erreurs de perception, les illusions les plus singulières et souvent les hallucinations les plus pénibles. Au point de vue religieux, les égarements de la conscience qui caractérisent le remords sont la cause de manifestations délirantes multiples, d'autant plus que la volonté des malades est déprimée et que la diminution de leurs forces physiques a favorisé l'état de prostration contre lequel échoue tout effort de réaction.

Mélancolie anxieuse. — Une forme bien remarquable, la mélancolie anxieuse, panophobique, se caractérise par des angoisses, des inquiétudes vagues, des terreurs ; les conceptions délirantes plus ou moins systématisées peuvent ne pas exister.

C'est une crainte vague, indéfinissable, qui saisit l'individu à certains moments et qu'il ne peut ni maîtriser, ni expliquer. « J'ai peur, dit le malade, et je ne sais pas pourquoi. » Cette angoisse morale peut présenter tous les degrés, depuis la simple crainte jusqu'aux terreurs les plus violentes. Sous leur influence, les malades poussent des lamentations sans fin et d'affreux gémissements ; puis le délire se formule d'une manière plus ou moins caractéristique. Leur physionomie est caractéristique, elle révèle au premier abord les anxiétés qui les torturent ; le regard est profondément triste et désespéré ; on observe de l'oppression et même des accès de suffocation (mélancolie précordiale). Quelques malades, sous l'influence de la frayeur qu'ils éprouvent, sont dans une agitation extrême, ils courent sans but, d'une place à l'autre, renversent les obstacles qui s'opposent à leur passage. Cet état porte le nom de *melancholia agitata, errabunda, activa*.

Nous avons observé un malade atteint d'accès intermittents de stupeur panophobique, dont il avait la conscience. Il décrivait ainsi dans une de ses lettres

cette triste maladie : « J'ai une singulière maladie ; je suis trois semaines bien et trois semaines en délire. La fièvre me prend, je tremble, je bégaye, je regarde tout autour de moi avec effroi, avec une impression pénible ; tout me fait peur, le feu, l'eau. Le corps entier et la tête me pèsent ; je suis dans un accablement profond ; puis tout disparaît comme par enchantement, etc. »

Les délires phobomaniques. — Sous ce nom on celui de phobies, on désigne les manifestations délirantes qui reposent essentiellement sur le sentiment de la crainte, de la peur et de la frayeur.

L'alcoolisme aigu est un type de cette forme de trouble mental. Ce *délire* très caractéristique présente, pour ainsi dire, une même physionomie chez tous les malades ; ce qui lui donne un cachet tout particulier, ce sont les terreurs qui se développent, les hallucinations de la vue et de l'ouïe qui en sont la conséquence, de là l'expression d'hallucinations terrifiantes. Le trouble sensoriel est le phénomène prédominant et le plus apparent, celui qui frappe le plus l'esprit du malade et dont il conserve, surtout pendant les premiers jours de sa maladie, le souvenir le plus vivace. Il offre souvent le caractère d'un délire systématisé aigu, suivant l'expression des auteurs allemands, en ce sens que les récits des malades s'enchaînent avec une certaine logique, malgré la rapidité des scènes effrayantes qui se déroulent devant eux. Le malade crie au feu, appelle au secours, il veut fuir les flammes, sauver les personnes du danger ; il fuit les brigands, les voleurs, les animaux qui veulent le dévorer. Il se précipite par toutes les issues et quelquefois, en raison du trouble des facultés qui dénature les objets extérieurs, il donne de la tête contre les murs, se jette par la fenêtre, dans la rivière, etc.

Cependant, au milieu même de l'excitation la plus désordonnée, au plus fort du délire, la conscience est

rarement anéantie. En interpellant vivement le malade, en lui parlant haut et sur le ton de l'autorité, on peut presque toujours fixer son attention et interrompre le délire. Mais le calme est momentané et l'excitation ne tarde pas à revenir.

La *frayeur* et l'*angoisse*, qui sont l'un des phénomènes de l'accès d'alcoolisme aigu, présentent des degrés variables. L'individu peut être effrayé par ce qu'il sent comme parce qu'il perçoit; mais, parfois aussi, il a des frayeurs qui ne sont nullement motivées; il ne sait pas pourquoi il a peur; il reste immobile, à la même place, sans pouvoir indiquer la cause de sa terreur. C'est seulement lorsque celle-ci est portée au plus haut degré qu'on voit ces malheureux marcher et courir devant eux, sans savoir où ils vont, brisant les obstacles qui s'opposent à leur fuite. Dans quelques circonstances, on les voit se rendre au poste pour réclamer de l'autorité aide et protection.

Les phobies s'observent surtout chez les neurasthéniques.

Morel avait donné le premier à ce trouble mental le nom de *délire émotif* (*Arch. génér. de Médéc.*, 1866).

Dans le délire panophobique que nous venons d'indiquer, les terreurs des malades sont généralisées; mais elles peuvent être limitées et porter sur un objet particulier, de là les différentes formes de cette affection. Dans l'agoraphobie (la peur des espaces), une idée obsédante domine le malade, elle lui fait croire qu'il ne peut traverser une place sans être accompagné; cette idée produit chez lui une angoisse croissante et peut déterminer le vertige. La claustrophobie (peur des espaces fermés), la syphiliophobie, la bacillophobie, la peur des épingles, etc... forment les variétés des phobies.

Les malades ont conscience de leur état; une distraction passagère, tout ce qui détourne leur attention suffit

dans un grand nombre de cas pour empêcher la crise de se produire. Ce qui les tourmente, c'est qu'on puisse les considérer comme aliénés ; cependant pour peu que cette situation pénible se prolonge, on comprend que les manifestations délirantes ne tardent pas à se produire. Ces obsédés ont une certaine propension à écrire ; ils mettent, avec une satisfaction relative, leur médecin au courant de leurs angoisses, de leurs émotions et de leurs aventures, mais ils diffèrent des hypochondriaques qui, dans la description de leurs souffrances imaginaires, se livrent à toutes les exagérations de langage. On a indiqué pour la genèse de cette affection, en dehors de la prédisposition héréditaire, des causes déterminantes multiples, généralement de nature débilitante, telles que le travail exagéré, les préoccupations morales très vives, les excès vénériens, toutes les causes en un mot de l'épuisement nerveux.

Hypochondrie. Instinct exagéré de la conservation. — L'hypochondrie, qui est une des formes phobomaniaques les plus remarquables, a été aussi considérée comme une des variétés du délire mélancolique systématisé. L'exagération malade du sentiment de la conservation, la préoccupation incessante de l'individu au sujet de sa santé en est le caractère principal. Elle détermine chez lui la terreur extrême d'être affecté de maladies dangereuses, incurables, susceptibles de le conduire au tombeau ; elle l'oblige à concentrer sans cesse toute son attention sur les opérations matérielles qui se passent en lui, elle finit par lui procurer des sensations qui ne reposent sur aucune altération réelle, et par lui faire croire qu'il est réellement atteint de la maladie qu'il redoute le plus. Elle le rend insociable, lui fait abdiquer tout respect des convenances sociales, le rend esclave d'habitudes absurdes et le conduit souvent par une sorte de contradiction au dégoût de la vie.

L'hypochondriaque présente en même temps des signes de perversion morale, ses idées revêtent un caractère obsédant et deviennent à un certain degré de la maladie véritablement délirantes.

Folies érotiques. — *L'amour* (Renaudin, *op. cit.*, p. 124) est le complet développement du sentiment affectif; il exalte la sensibilité générale à un tel degré que rien ne peut la stimuler en dehors de cette préoccupation exclusive. Le caractère, les habitudes, l'aptitude intellectuelle sont asservis à ce sentiment qui devient le principal régulateur de l'existence.

L'influence de l'amour sur la vie de l'homme varie suivant la période de son existence et les conditions qui président à son développement. On connaît le changement profond que subit l'individu sous l'influence de la puberté; à cette époque, les penchants subissent une métamorphose profonde, il se produit une véritable invasion de sentiments et d'instincts nouveaux. L'ardente passion que produit l'amour détermine dans le caractère et les déterminations les effets les plus remarquables. Elle rend l'avare prodigue, le timide audacieux; exalte l'imagination, rend l'homme éloquent et le porte à des actions parfois éclatantes, au mépris du danger et au péril de la vie.

Dans les cas de prédisposition, on voit surgir des désordres qui se caractérisent par des sentiments érotiques, comme par des aberrations fâcheuses; dans tous les cas, les formes d'aliénation présentent un cachet particulier. Il n'est pas de médecin qui n'ait en l'occasion d'observer des exemples plus ou moins remarquables d'aliénation, déterminés par des chagrins d'amour; mais c'est surtout la lecture assidue d'ouvrages romanesques, érotiques qui doit être considérée de nos jours comme une des causes puissantes d'excentricités malades. Une littérature plus propre à pervertir le sens moral qu'à fortifier

l'intelligence, en surexcitant les passions, tend à exalter l'imagination, à fausser le jugement, à déplacer les affections naturelles et légitimes; elle développe, par suite, une disposition marquée à la folie.

Nous retrouvons chez un grand nombre d'aliénés la manifestation de la passion érotique. La manie érotique est une variété de manie caractérisée surtout par les idées lascives. Les organes sexuels sont l'objet d'une surexcitation marquée, qui porte les malades à des habitudes d'onanisme; ces excès à leur tour aggravent le délire. L'excitation sexuelle peut être poussée jusqu'à ce désordre effroyable qu'on a désigné sous le nom de nymphomanie chez les femmes, de satyriasis chez les hommes, et qui caractérisent le degré le plus élevé de la manie érotique. Quelques malades peuvent conserver la conscience de leur pénible situation; mais, à un degré plus élevé, ils sont impuissants à dominer les impulsions irrésistibles qui les entraînent aveuglément à la satisfaction de leurs désirs.

Sous le nom d'*hallucinations génitales*, on a décrit le délire sensoriel qui a pour siège une irritation morbide des organes génitaux: « Il faut attribuer, dit Ball (*Mal. ment.*, p. 81), à ces sortes d'hallucinations les récits des sorciers qui croyaient se rendre au sabbat pour avoir commerce avec le diable, et les légendes où figurent des démons incubes et succubes; il faut leur rapporter enfin les plaintes des aliénées qui prétendent avoir été violées pendant leur sommeil par des individus qu'elles désignent nominativement et qu'elles choisissent habituellement dans leur entourage. »

Sous le nom de *mégalomanie érotique*, monomanie érotique d'Esquirol, on a désigné une forme curieuse de délire systématisé chronique, caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire, et dans laquelle les

idées restent fixes. Chez ces malades érotiques on remarque toujours le contentement de soi-même, l'exagération du sentiment de la personnalité; ils sont heureux, contents et adressent leurs hommages à des personnes placées dans les conditions sociales les plus élevées, qu'ils croient éprises de leurs avantages personnels et de leur rare mérite. Cet amour exclusif, romanesque, s'observe plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

Une mégalomane érotique que nous avons observée, mère de famille et âgée de plus de cinquante ans, remettait à l'interne chargé du service, des lettres dans lesquelles elle lui exprimait les sentiments les plus tendres. Nous extrayons d'une de ces lettres les passages suivants: « O Amour, quel est ton charme? Tu donnes de la vie, du sentiment à un être froid comme le marbre. Je crois sentir encore un cœur vibrer en moi, mais ce cœur sec et froid fait, hélas! de vains efforts. Comme une nouvelle Héloïse, j'étreins une ombre, je la combats après, je la quitte pour la ressaisir de nouveau, mais sans en obtenir plus de bonheur... Qui ne comprend pas le bonheur d'aimer et d'être aimé, est pour moi un être incompréhensible, car l'amour élève, agrandit l'âme. L'amour répand un charme sur tout ce qui nous environne, et par ce charme, on voit les choses les plus abjectes de la nature sous une autre forme, une autre couleur; on est porté à aimer tout ce qui nous environne; si l'amour était complet, comme il devrait l'être, quel être pourrait se trouver malheureux, dût-on même ne jamais posséder l'objet de nos désirs, etc. » (Dagonet, *Traité des maladies mentales*, p. 392.)

Sentiment religieux. Folies mystiques. — Le sentiment religieux, ce besoin de croire à une vie future et à l'intervention de forces occultes et surnaturelles

dans la vie présente, exerce en général chez les hommes une influence à laquelle il est difficile de se soustraire. « Si ce sentiment conduit aux résolutions les plus sublimes, dit Renandin (*op. cit.*, p. 104), il vient, lorsque la raison ne le dirige plus, anéantir le sens moral. L'homme s'isole alors dans une extase permanente, il perd peu à peu toute initiative; le sentiment de la personnalité s'efface chez lui, il n'est plus que l'instrument passif d'un pouvoir surnaturel qui le domine. »

Le fanatisme, qui est l'exagération du sentiment religieux, est contagieux et il peut déterminer des accidents nerveux graves.

Dans le nord de l'Irlande, en pays protestant, une épidémie de délire mystique se manifesta, à la suite de prédications destinées à amener le réveil religieux; les jeunes filles et les enfants étaient les premières victimes, présentaient des phénomènes névropathiques divers que le peuple désignait sous le nom de religion hystérique (*hysterical religion*). Dans l'Orient musulman, on trouve encore des adorateurs du diable (les yézidis) dont les sectes donnaient lieu à des réunions tumultueuses. Parmi les violences que peut exercer l'aliéné religieux, les plus fréquentes sont celles qu'il exerce sur lui-même. L'une des plus fréquentes est la castration et l'on sait qu'il existe en Russie une secte assez nombreuse, les Skoptzi, pour lesquels l'extirpation complète ou non des parties génitales est un acte de foi. (Ball. *Maladies mentales*, p. 592, 594, 602.)

Le délire religieux se présente sous deux formes principales, la forme dépressive et la forme expansive. La *forme dépressive* s'accompagne ordinairement d'une perversion profonde de la sensibilité morale; elle revêt le plus souvent une forme anxieuse, les angoisses qui tourmentent les malades s'expriment par des idées fixes de nature religieuse. Ce sont des frayeurs qui partent

d'une conscience timorée, des scrupales qui n'ont aucune raison d'être et des craintes de damnation (démonomanie). Le *délire d'humilité* est poussé chez quelques aliénés jusqu'à la plus extrême exagération. Une de nos malades refuse les aliments par esprit de pénitence : « Mon bon père, écrit-elle à un ecclésiastique, ne me retirez pas vos conseils spirituels ; je suis détachée des biens de cette terre, autant que de l'affection particulière aux créatures, et depuis huit mois, je jouis du bonheur inexprimable de cette liberté d'esprit que donne le dégagement des soins personnels de mon propre corps. » La pauvre malade ne souffrait en effet d'autres vêtements sur elle que des haillons sordides, et si quelquefois elle consentait à manger, c'était quand elle pouvait trouver elle-même le rebut des aliments les plus grossiers. Elle croyait, dans l'exaltation du sentiment qui la dominait, devoir expier jusqu'à la satisfaction intérieure que procure l'accomplissement d'œuvres charitables et d'actes empreints de l'abnégation la plus pure. « Encore une fois, ajoutait-elle, est-ce péché que de se nourrir ou de se vêtir de la manière dont je l'ai fait ? »

Le sentiment religieux se manifeste aussi chez les aliénés dans des conditions toutes différentes, sous la *forme expansive* ; c'est la mégalomanie religieuse, la théomanie des auteurs anciens. L'exagération du sentiment de la personnalité s'associe, dans ce cas, à l'exaltation du sentiment religieux. « Les individus atteints de cette forme, dit Esquirol, se croient des dieux, ils prétendent être en communication avec le ciel, assurent qu'ils ont une mission céleste ; ils se donnent pour prophètes, pour divins, etc. On les a appelés théomanes. » (Esquirol, t. II, p. 6.)

Sous l'influence de l'exaltation spéciale qui les domine, les sentiments affectifs disparaissent, et se per-

vertissent, et l'histoire a enregistré les crimes auxquels le fanatisme a pu conduire.

Les idées délirantes sont innombrables chez ces sortes de malades qui prédisent les événements futurs et emploient, lorsqu'ils parlent, le style biblique. Les interprétations des faits qui se passent sous leurs yeux sont en rapport avec cette disposition psychique et les hallucinations de la vue et de l'ouïe qui souvent finissent par se développer viennent accompagner et étendre leurs conceptions délirantes et les confirmer dans la conviction qu'ils sont de véritables prophètes.

L'extase est une des complications de la théomanie ; elle a pour caractères la suspension plus ou moins complète des sens et du mouvement, la concentration de toutes les facultés sur un objet unique, la jouissance infinie de l'idéal qui absorbe l'intelligence tout entière et toutes les affections ; la physionomie revêt l'expression très vive de l'idée dominante. Dans l'état extatique, le malade perd la perception du monde extérieur : il ne sent plus, n'entend plus, il n'éprouve plus qu'un vague sentiment de l'existence matérielle. Pendant l'extase, on voit parfois survenir des convulsions de la face, quelquefois de tout le corps.

En résumé, le sentiment religieux devient le principe générateur des troubles sensoriaux et des aberrations mystiques. Il développe une exagération malade de la sensibilité, sous l'influence de laquelle la moindre émotion suffit pour déterminer, surtout chez les hystériques, des convulsions violentes.

CONCLUSIONS.

Nous avons rapidement examiné l'influence que les sentiments et les passions viennent exercer, non seulement pour développer l'aliénation mentale, mais encore pour en déterminer la forme particulière.

Il suffit de l'examen le plus superficiel pour constater le principe de solidarité qui existe entre les sentiments et l'origine des idées. Sentir et concevoir nous représentent le premier phénomène que nous désignons sous le nom d'entendement. C'est de cette corrélation que résulte la formation des idées. Ribot (*Loc. cit.*, p. 131) fait, d'autre part, remarquer que toute idée fixe est au fond un sentiment ou une passion. C'est un désir, un amour, une haine qui soutiennent l'idée et lui donnent son intensité, sa stabilité, sa ténacité. Les idées, quoi qu'on dise, sont toujours au service des passions. L'aptitude intellectuelle, quelle qu'elle soit, puise son énergie dans l'état de la sensibilité, des sentiments et des passions.

Nous avons vu comment peuvent se développer, même brusquement, à la suite d'un état moral accidentel, les erreurs de perception, les illusions, les hallucinations et les idées fixes. Comme l'a dit excellemment Gnislain, c'est toujours par la passion que débute la folie. C'est une disposition morale particulière, la crainte de la maladie, qui est au fond des idées fixes de l'hypochondriaque; c'est la terreur religieuse qui fait redouter au mélancolique les châtiments de l'enfer, etc. En un mot, l'impression morbide, l'angoisse, la sensation douloureuse que la crainte, la frayeur déterminent chez quelques malades, ne tardent pas à créer les manifestations qui constituent le délire; ce sont les phénomènes réflexes que l'impression morale détermine sur les centres nerveux. L'homme passionné se crée presque toujours des idées qu'il systématise, et chaque jour il apporte à sa combinaison de nouveaux éléments. La formation des idées et leur association sont donc, dans la généralité des cas, dans un rapport intime avec les sentiments et les passions. On doit cependant admettre que, dans quelques circonstances, l'idée exerce à son tour une action

prédominante sur la sensibilité morale. Ainsi, rien n'est plus fréquent et plus connu, comme l'observe Ribot (p. 131), que la confiscation momentanée de la personnalité par une idée fixe et intense. La poursuite obstinée d'un problème, l'invention, la création sous toutes ses formes, représente un état mental où la personnalité tout entière semble disparaître au profit d'une seule idée. On est, comme dit le vulgaire, *distrain*, c'est-à-dire automate. C'est là un état anormal, une rupture d'équilibre plus ou moins momentanée. Les transformations de la personnalité par l'effet d'une idée ne sont pas très fréquentes ; ceci confirme ce que nous avons déjà dit, ajoute l'auteur que nous citons, la personnalité vient d'en bas, celle qui vient de haut en bas, dont le point de départ est l'idée, est en quelque sorte superficielle, précaire, momentanée. C'est ce que l'on constate pour l'hypnotisme, etc. (Ribot, p. 134.)

Les transformations des formes de délire sont, à ce point de vue, des plus intéressantes à étudier. Elles nous paraissent se rattacher particulièrement à la situation morale plus ou moins durable de l'individu, c'est le sentiment de bien-être ou le sentiment contraire de malaise et d'inquiétude qui vient produire la forme expansive ou dépressive du délire. C'est une personnalité nouvelle qui se crée et transforme profondément la manière de penser et de sentir de l'individu.

La classification des maladies mentales, pour être rationnelle, devrait donc comprendre tous les éléments pathologiques qui caractérisent non seulement la folie, mais encore la forme spéciale du délire. C'est avec raison qu'on a admis des folies mentales et impulsives dont le trouble de l'intelligence, l'association plus ou moins vicieuse des idées, n'est pas le symptôme prédominant. C'est justement aussi que l'on indique le caractère affectif de certaines formes de délire systématisé. Les

troubles de la personnalité pourraient, de leur côté, constituer une forme principale d'aliénation mentale. La classification des maladies mentales semble difficile à modifier dans l'état actuel de la science ; ce que nous avons voulu faire ressortir, c'est que l'élément passionnel est un signe clinique dont il faudrait tenir plus grand compte, lorsqu'il s'agit de déterminer nettement la forme particulière que revêt l'affection mentale.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA NATURE
DE
L'ÉPILEPSIE TARDIVE CHEZ L'HOMME

Par le Dr L. MAUPATÉ

Médecin adjoint de l'asile d'Armentières

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique
(Prix Esquirol).*

Il n'existe qu'une seule et même épilepsie, toujours une et identique à elle-même. Chaque fois que l'attaque épileptique se produit, le cerveau est modifié d'une seule et même façon.

CHRISTIAN.

INTRODUCTION

Parmi les affections qui désolent l'espèce humaine, il en est peu qui soient connues depuis aussi longtemps que l'épilepsie : on en fait remonter l'origine jusqu'à Hercule, et Broca considère que les trépanations du crâne, pratiquées chez les enfants à l'époque néolithique, avaient pour but de faire sortir du crâne l'esprit, le démon auquel on attribuait l'attaque d'épilepsie. Mais, de tout temps aussi, cette affection a été considérée comme frappant surtout l'enfance et la jeunesse, comme le font voir les expressions de *morbus puerilis* et *mater puerorum* sous lesquelles elle a été désignée parfois. Au XVI^e siècle, un mémoire de Jean Taxil nous apprend que l'épilepsie s'appelait couramment en Provence la

gouttète aux petits enfants. Plus récemment, Etcheveria dit que c'est avant la puberté, ou du moins avant vingt ans, que se déclare l'épilepsie; et Nothnagel ajoute que tout individu qui a dépassé vingt ans n'a plus à craindre l'épilepsie héréditaire.

Pourtant, bien que plus rare, l'épilepsie qui débute après la jeunesse, ou épilepsie tardive, n'est pas absolument exceptionnelle; mais elle a, jusqu'ici, fait le sujet de peu de mémoires. Citons seulement la thèse de M. Delanef, parue en 1883, et consacrée uniquement au mal caduc qui débute après trente ans, mais où l'auteur laisse complètement de côté l'historique de la question, et n'indique pas la fréquence de l'affection. Plus récemment, la thèse de doctorat de M. Jabot, soutenue à Nancy en 1890, traite de l'épilepsie chez le vieillard, après soixante ans: dans ce travail très complet, l'auteur admet, avec Trousseau (1), que certaines congestions cérébrales épileptiformes chez le vieillard ne sont, en réalité, que de l'épilepsie.

On le voit donc, les monographies ayant trait à l'épilepsie tardive sont rares. Aussi, ayant eu l'occasion, au cours de notre internat, d'observer un certain nombre de cas de mal caduc, il nous a semblé qu'il y aurait intérêt à rechercher dans quelle proportion cette affection débute après la jeunesse, quelles sont alors les causes qui semblent la produire, ou du moins provoquer son apparition, et enfin quelles modifications cette apparition après un certain âge peut provoquer dans les symptômes et l'évolution de la maladie. Après un tableau synoptique résumant les constatations faites par nous, nous publierons en entier les observations dont nous nous sommes servis pour ce mémoire. On nous excusera de n'en avoir que vingt, si l'on songe que nous étudions ici une exception,

(1) Trousseau, communication à l'Académie de médecine, 1861.

et qu'il nous a fallu prendre cent vingt observations d'épileptiques pour en trouver vingt réellement tardives.

Il est un chapitre, l'anatomie pathologique, que nous avons dû laisser de côté complètement, aucun de nos sujets n'étant décédé pendant que nous l'observions.

DÉFINITION — FRÉQUENCE

Au début de cette étude, il est indispensable de préciser ce que nous entendrons par épilepsie tardive.

Et d'abord (car la question comporte deux termes), quels sont les cas qu'on peut réunir sous le nom d'épilepsie? A cet égard, les auteurs ne sont pas d'accord.

Esquirol, dont on ne s'étonnera pas de voir citer ici le nom, divise l'épilepsie en essentielle, symptomatique et sympathique; et cette division, acceptée par Delasiauve, est encore admise par beaucoup d'auteurs, tandis que d'autres ne reconnaissent que l'épilepsie essentielle ou idiopathique, considérant comme des *états épileptiformes* les cas où la maladie peut être attribuée à une affection cérébrale manifeste ou à un phénomène réflexe, irradiation d'impressions siégeant dans une partie éloignée du corps.

Pour M. Féré (1), « *l'épilepsie ne doit plus être considérée comme une maladie, mais comme un groupe de syndromes, les épilepsies, dans lesquelles il faut faire rentrer les éclampties, qui sont en réalité des épilepsies aiguës, et l'épilepsie partielle, qui paraît destinée à éclairer la pathogénie des autres formes.* »

M. Christian (2) admet trois variétés : l'épilepsie compatible avec l'intégrité ou avec un développement remarquable de l'intelligence; l'*épilepsie vraie*, qui débute dans l'enfance ou l'adolescence, très exception-

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. Paris, Alcan, 1890.

(2) Christian. *Épilepsie, folie épileptique*. Paris, Masson, 1890.

nellement après vingt ans, s'accompagne d'un développement incomplet de l'intelligence, d'un état habituel de dépression hypocondriaque ou d'exaltation religieuse, d'anomalies dans le développement physique, et qui, quelle que soit la durée du mal, reste stationnaire; enfin les *affections épileptiformes*, pouvant survenir à tout âge, pouvant toujours être rattachées à une cause accidentelle bien nette, et très souvent à une affection organique manifeste; ordinairement curables quand on peut faire disparaître la cause, elles vont en s'aggravant pour peu qu'elle dure, et la démence arrive rapidement.

Pourtant M. Grasset (1) repousse cette division de l'épilepsie en idiopathique et symptomatique; pour lui, « *toute épilepsie est symptomatique de quelque chose* »; et M. Christian lui-même proclame qu'« *il n'existe qu'une seule et même épilepsie, toujours une et identique à elle-même; chaque fois que l'attaque épileptique se produit, le cerveau est modifié d'une seule et même façon* »; formule heureuse, à laquelle nous nous rallierons, et qui, tout en paraissant exprimer une opinion bien différente de celle de M. Féré et de M. Grasset, nous amènera aux mêmes conclusions.

En effet, de ce qu'on ne connaît encore ni la vraie cause ni les lésions propres de l'épilepsie, il ne faut pas en induire que celle-ci survienne sans cause et ne corresponde à aucune lésion; et si une cause banale, comme l'alcoolisme ou la syphilis, a contribué à produire un état en tous points semblable à l'épilepsie, pourquoi refuser à cet état le nom d'épilepsie uniquement et précisément parce qu'on en connaît la cause? La nature, d'ailleurs, ne procède pas par bonds, et les convulsions épileptiformes dues à l'alcoolisme ou l'épilepsie partielle

(1) Grasset. *Traité pratique des maladies du système nerveux*. Montpellier, Coulet, éd., 1886.

syphilitique peuvent très bien se transformer progressivement en véritable épilepsie, nous en avons des exemples.

A la rigueur, on peut admettre que des causes très différentes et sans rapport l'une avec l'autre puissent produire un des symptômes de l'épilepsie, comme les convulsions toniques ou cloniques ou la perte de connaissance. Mais que ces symptômes se groupent toujours suivant un certain ordre pour constituer une attaque franche, que même ces causes si diverses puissent provoquer, outre l'attaque, les phénomènes non convulsifs de la maladie, le vertige par exemple ou le délire spécial avec amnésie, c'est plus difficile à comprendre si on n'admet pas entre toutes ces causes un lien commun, un mode d'action spécial, cause véritable de l'affection, cause encore ignorée, mais qu'on peut toujours rechercher.

Aussi prendrons-nous le mot *épilepsie* dans son sens le plus large. Sans doute, nous ne compterons pas dans le cadre de cette affection l'hystéro-épilepsie, qu'on s'accorde maintenant à regarder comme de nature hystérique (1). De même, nous ne nous occuperons pas des éclampsies, qu'on ne rencontre que par hasard dans les établissements d'aliénés, au cours d'une autre maladie. Nous écarterons même de nos observations les paralytiques généraux, chez lesquels les attaques convulsives dites épileptiformes, ne sont qu'un épiphénomène au cours d'une maladie mortelle, pouvant tout au plus hâter un peu le dénouement, et ne modifiant pas l'état mental (2). Due à l'alcool ou à la syphilis, au contraire,

(1) Et pourtant il y aurait intérêt à déterminer la cause qui donne à une partie de l'attaque hystéro-épileptique l'aspect de l'attaque épileptique.

(2) Il n'en est pas de même dans le cas, que nous citons, d'épilepsie ayant devancé de plusieurs années la paralysie gé-

l'épilepsie est tont, et prime, à notre point de vue, la cause qui l'a produite : personne n'aura l'idée de mettre un paralytique dans un quartier d'épileptiques, tandis qu'on prendra contre l'alcoolique et le syphilitique convulsifs les mêmes précautions que contre les autres épileptiques.

Qu'on nous pardonne cette digression sur la nature de l'épilepsie ; elle est de première importance, et, suivant qu'on devait comprendre ou non, dans l'épilepsie tardive, les cas dus à l'alcoolisme, à la syphilis, au traumatisme, ou à la paralysie générale, à l'anémie, etc., le résultat de nos recherches était modifié complètement.

En second lieu, à partir de quel âge peut-on considérer l'épilepsie comme devenant plus rare ? Les auteurs ne sont pas d'accord exactement.

Selon Portal (1), « *l'épilepsie est une maladie de tous les âges. Elle est cependant plus commune chez les enfants* ».

Leuret (2) observe le maximum des débuts de 10 à 14 ans, puis de 14 à 24. Au delà, le nombre décroît.

Pour Delasiauve (3), « *passé 40 ans, les cas deviennent de plus en plus rares. La vieillesse même la plus avancée nous offre pourtant encore quelques exemples de ce que peuvent expliquer les dégénérations morbides que subit alors le cerveau* ».

Pour Herpin (4), « *la moitié de la vie, en la faisant commencer à 30 ans, n'offre qu'un très petit nombre de*

rale chez un syphilitique ; ici le malade a eu des accidents non convulsifs d'épilepsie ; la paralysie générale ne pouvait encore être constatée, ni même soupçonnée ou prévue : épilepsie et paralysie générale sont des manifestations cérébrales de la syphilis, ayant évolué séparément et consécutivement.

(1) Portal. *De l'épilepsie*, 1827.

(2) *Archives générales de médecine*, 1843.

(3) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854.

(4) Herpin. *Diagnostic et traitement de l'épilepsie* (*Gazette des Hôpitaux*, 1861).

cas nouveaux. Cependant on y remarque une recrudescence depuis 70 ans ».

« *La prédisposition la plus marquée* », dit Rosenthal « *se trouve dans l'enfance, et jusqu'à l'âge de 30 ans. Le plus grand nombre de cas se rencontre entre 20 et 30 ans.* »

Aug. Voisin déclare que « *l'homme adulte et le vieillard sont moins exposés* ».

Pour Lasègue (1), « *l'épilepsie vraie, la plus commune, ne débute pas à tout âge. Elle éclate subitement après la douzième, la seizième ou la dix-huitième année. Après cette époque, elle doit être considérée comme liée à une lésion encéphalique ou consécutive à un traumatisme* ».

Suivant M. Christian, « *la grande épilepsie appartient exclusivement à l'enfance ou à l'adolescence; les affections épileptiformes peuvent appartenir à tout âge* ».

M. Féré pense que « *toutes les formes d'épilepsie peuvent se rencontrer à tous les âges. L'épilepsie se rencontre, d'ailleurs, à un âge avancé plus souvent qu'on ne paraît l'admettre* ».

Enfin, d'après M. Fournier (2), « *l'épilepsie vraie ne fait jamais son premier début à l'âge mûr. Il est extraordinaire, presque inouï, qu'elle attende pour se révéler la trentième ou la quarantième année. Si un adulte au-dessus de 30 ans vient à être pris pour la première fois d'une crise épileptiforme dans le cours d'une bonne santé apparente, il y a huit ou neuf chances sur dix pour que cette épilepsie soit d'origine syphilitique.* »

C'est aussi 30 ans que M. Delanef prend comme

(1) Lasègue. *Diagn. de l'épilepsie* (Arch. gén. de médecine, 1877).

(2) Fournier. *La syphilis du cerveau*.

limite de l'épilepsie tardive. D'ailleurs, déjà, Bean trouvait, par ses statistiques, que le nombre des épilepsies commençait à décroître de 16 à 30 ans, puis beaucoup à partir de 30 ans ; et Calmeil arrivait au même résultat : la diminution, notable de 20 à 30 ans, devenait plus forte encore passé 30 ans.

Nous considérerons donc comme épilepsie tardive celle qui débute après 30 ans ; reste à étayer cette opinion sur des chiffres, et à voir si nos résultats coïncident avec les statistiques des auteurs.

Calmeil a observé l'épilepsie tardive dans 8 cas sur 66, soit 12 p. 100 ; Bean dans 36 cas sur 213, soit 17 p. 100. Enfin, de sa statistique personnelle, Delasiauve conclut à une fréquence de 24 p. 100. Nos résultats se rapprocheraient plutôt de ceux de Bean, puisque, sur 120 épileptiques observés par nous, 20 seulement auraient vu leur mal débiter passé 30 ans.

Enfin, quel est l'âge de début le plus fréquent ?

Calmeil a observé, sur 8 cas :

1	de 30 à 35 ans.
2	— 35 à 40 —
1	— 40 à 45 —
2	— 45 à 50 —
1	— 50 à 55 —
1	au delà de 60 —

Bean fournit la statistique suivante (sur 36 cas) :

19	débuts de 30 à 40 ans.
12	— 40 à 50 —
4	— 50 à 60 —
1	au delà de 60 —

Delasiauve a rencontré :

de 25 à 35 ans,	30 cas.
— 35 à 50 —	29 —
— 50 à 60 —	6 —
— 60 à 80 —	10 —

Notre statistique nous donne :

3 débuts à 30 ans.		
1	—	31 —
1	—	32 —
1	—	33 —
2	—	34 —
1	—	35 — (?)
1	—	36 —
2	—	38 —
1	—	39 —
1	—	40 —
1	—	43 —
1	—	50 —

Enfin, dans 5 cas, l'âge du début est incertain, tout en semblant très nettement postérieur à 30 ans.

On le voit, il y a une légère différence avec les statistiques des auteurs, puisque la moitié des cas d'épilepsie tardive observés par nous a porté sur des malades ayant ressenti les premières atteintes de l'affection de 30 à 35 ans, et que nous n'avons que deux cas passé 40 ans, et pas du tout après 50. Herpin, au contraire, nous l'avons déjà vu, avait rencontré une recrudescence au delà de 70 ans, et M. Jabot réunit un certain nombre de cas passé 60 ans, dont plusieurs observés par lui-même. Ces différences dans les résultats des statistiques tiennent à ce que certains englobent dans l'épilepsie toutes les affections épileptiformes ; d'autres les éliminent toutes, tandis que d'autres, enfin, englobent les unes et les autres. Il faut aussi tenir compte de la question de sexe, de milieu géographique et de condition sociale.

Mais arrivons au cœur de la question, et voyons quelles sont les causes de l'épilepsie tardive.

ÉTIOLOGIE

Les causes auxquelles on a attribué l'épilepsie sont très nombreuses ; et leur multiplicité même, la diversité des agents qui peuvent amener un même résultat, indiquent bien qu'à côté des causes déterminantes variables

doit exister un facteur fixe et identique dans tous les cas où se produit l'épilepsie : en d'autres termes, si l'alcoolisme, la syphilis, un traumatisme, etc., produisent l'épilepsie chez certains individus, et pas chez d'autres, c'est que ces individus avaient déjà une certaine prédisposition à devenir épileptiques.

Cette prédisposition est considérée en général comme pouvant être de nature héréditaire. Mais, au point de vue du mode d'action de l'hérédité, les auteurs ne sont pas d'accord.

Sans revenir sur toutes les opinions émises (car nous faisons œuvre ici de clinicien et non de bibliographe), rappelons que, pour Hippocrate, Hoffmann, Boerhaave, etc., l'épilepsie serait la plus héréditaire des maladies. Pour Tissot, Louis, Delasiauve, et, tout récemment, même M. Lemoine, le mal caduc n'est pas héréditaire. Certains auteurs, tout en niant que les parents d'un épileptique soient fréquemment épileptiques, reconnaissent qu'ils sont souvent atteints de maladies du système nerveux : c'est ce qu'on appelle *l'hérédité néropathique*. D'autres, encore, admettent *l'hérédité hétérogène* : les parents ne seraient pas nécessairement des nerveux, mais ils seraient atteints de certaines maladies constitutionnelles, comme la phthisie, la goutte, l'arthritisme, etc. (1). Enfin, on a beaucoup insisté sur l'état d'alcoolisme ou de souffrance des parents au moment de la conception, des souffrances de la mère pendant la grossesse. En somme, malgré les grandes différences qui les séparent, cette théorie et les

(1) Mais, comme le fait remarquer M. Christian, « je défie bien que l'on trouve un épileptique quelconque qui n'ait parmi ses ascendants l'un ou l'autre qui n'ait souffert de la migraine ou de douleurs arthritiques, ou qui n'ait été emporté par une maladie telle que le cancer ou la phthisie. » On pourrait ajouter : qui n'ait reçu dans son enfance un coup sur la tête.

deux précédentes font de l'épilepsie une manifestation de la dégénérescence héréditaire. .

Am point de vue de l'épilepsie tardive, dont nous nous occupons, les auteurs diffèrent. Certains, considérant qu'elle est toujours symptomatique, semblent admettre que l'hérédité ne joue aucun rôle dans sa genèse. « *Les affections épileptiformes, dit M. Christian, peuvent survenir jusqu'à l'extrême vieillesse; on peut les rattacher à une cause accidentelle bien déterminée, et très souvent à une lésion organique tangible et manifeste.* »

Pour M. Féré, au contraire, « *il est fréquent de rencontrer des tares héréditaires dans l'épilepsie tardive; chez un certain nombre d'individus, l'occasion de l'épilepsie ne s'est pas présentée dans l'adolescence ou l'âge adulte, ou bien la prédisposition s'est accentuée sous l'influence de la mauvaise hygiène, des intoxications, des émotions dépressives répétées. Lorsque le sujet devient épileptique à un âge avancé, on peut souvent découvrir des circonstances qui indiquent la prédisposition; quelquefois les descendants peuvent être atteints avant les ascendants.* »

Pour nous, nous avons étudié attentivement les antécédents de nos malades, et nous les avons réunis dans un tableau qu'on trouvera plus loin.

Certains aliénistes divisent l'hérédité névropathique en *hérédité névropathique proprement dite; hérédité vésanique*, qui comprend les cas d'aliénation mentale; *hérédité convulsive*, dans laquelle on fait rentrer, outre l'épilepsie, les convulsions hystériques, l'éclampsie, etc.; enfin, *l'hérédité congestive*, à laquelle on rattache les cas d'apoplexie cérébrale et d'affections apoplectiformes (hémorragie, paralysie générale, ramollissement même), liées à des troubles de la circulation du cerveau: leur conclusion est que l'hérédité convulsive est plus fréquente chez les épileptiques. Pour M. Marandon de

Montyel même, l'état convulsif des ascendants est presque le seul qui influe sur les descendants pour en faire des épileptiques. Nous devons avouer qu'ainsi formulée, cette opinion serait en désaccord avec nos résultats : sur 20 malades, en effet, nous trouvons 4 cas seulement de convulsions chez les ascendants, contre 10 d'apoplexie et hémiplegie ; 1 cas de convulsions chez les frères et sœurs, contre 8 de paralysie et apoplexie chez les collatéraux, les frères et sœurs ; il est vrai que 5 enfants de nos épileptiques ont eux-mêmes été atteints de convulsions. Ainsi donc, les épileptiques tardifs appartiennent souvent à des familles d'épileptiques et de convulsifs (ce qui prouverait l'hérédité directe), et plus souvent encore à des familles de congestifs. Plusieurs de nos observations sont caractéristiques à ce point de vue : dans l'une, le père et un oncle maternel sont morts paralysés, hémiplegiques (et pourtant il s'agit là d'une épilepsie syphilitique : avec de tels antécédents on s'attendrait plutôt à voir arriver de la paralysie générale comme conséquence de la syphilis). Dans un autre cas d'épilepsie chez un syphilitique, la mère est morte d'apoplexie, la grand'mère et une tante maternelle seraient mortes de ramollissement avec paralysie. Enfin, chez un absinthique, le père serait mort de congestion cérébrale, la bisaincée paternelle de ramollissement cérébral ; le grand-père maternel et une tante, d'apoplexie ; enfin, un oncle était de tempérament très sanguin. Mais nous devons rappeler à ce sujet l'opinion de Trousseau : beaucoup de congestions cérébrales chez le vieillard ne sont que des attaques d'épilepsie ; plusieurs des ascendants de nos malades passeraient peut-être ainsi du cadre des congestifs dans celui des convulsifs ; et, d'autre part, ces malades avaient également parmi leurs ascendants un individu au moins très nettement convulsif.

Quant à l'hérédité vésanique, on remarquera qu'elle est assez rare, puisque nous n'en avons que 3 cas, et encore chez deux des trois malades avons-nous constaté une grande accumulation d'antécédents congestifs.

Nous avons réuni dans un même groupe les cas de dégénérescence, arriération et déséquilibre physiques et intellectuels, en dehors de l'aliénation vésanique proprement dite et de toute autre cause ; nous en avons 7 cas, et nul doute qu'en pénétrant un peu plus dans la vie des malades, il ne nous eût été possible d'en trouver un plus grand nombre de cas ; car les parents sont toujours portés à dissimuler les bizarreries et infirmités des membres de leur famille, quand ils n'y voient pas de rapport direct avec l'aliénation.

En somme, nous rencontrons l'hérédité névropathique chez tous les malades sur qui nous avons pu avoir des renseignements un peu circonstanciés. Bien plus, nous trouvons dans leurs familles 31 cas de caractère nerveux, émotif ou irascible : et pourtant, répétons-le, il ne s'agit ici, en général, que d'épilepsies symptomatiques, accidentelles en quelque sorte.

Mais reprenons une à une les affections qui ont été accusées de causer l'épilepsie chez les descendants.

Nous passerons brièvement sur les névropathies et les psychopathies, que nous avons déjà mentionnées. On a accusé l'arthritisme et la tuberculose de pouvoir se transformer chez les enfants en épilepsie : rappelons que deux seulement de nos malades avaient un ou deux parents atteints de douleurs ; par contre, on trouve 21 cas de tuberculose parmi les ascendants et collatéraux. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Christian, quel est le malade qui n'ait parmi ses ascendants un rhumatisant ou un phthisique ?

Pour la syphilis des parents, parfois invoquée, nous n'en avons pas vu des cas ; mais on peut très bien

ignorer qu'on a des parents atteints de cette maladie; et, quand elle ne laisse aux enfants aucune trace, elle peut bien passer inaperçue.

Bouchet et Cazanvieilh indiquent comme possible la transformation en épilepsie d'une autre névrose, hystérie ou chorée par exemple. Nous n'avons pas d'observations de chorée (cette maladie ayant pu frapper l'un des parents dans son enfance, et rester ignorée des descendants ou de la femme, de qui on tient tous les renseignements). Mais, pour l'hystérie, il semble que deux des cas de convulsions chez la mère soient l'hystérie, et non de l'épilepsie.

Plusieurs cas de méningite sont aussi à signaler parmi les descendants ou les collatéraux de nos malades.

On a beaucoup insisté sur les mariages consanguins chez les ascendants des épileptiques; nous n'en avons pas observé de cas.

Nous arrivons maintenant à certains états qui, tout en ne pouvant pas être qualifiés de maladies à proprement parler, n'en ont pas moins une énorme influence sur la production du mal caduc dans la descendance.

Eu premier lieu, l'âge avancé des parents: mère âgée de plus de 40 ans; père âgé de 53 ans; enfin, père de 55 ans et mère de 47. Tels sont les trois cas, le dernier double, que nous ayons.

On a accusé la longévité très grande des ascendants: or, un de nos malades a vu mourir ses grands-parents paternels à 84 et 86 ans; les aïeux d'un autre sont décédés respectivement à 97, 79 et 87 ans. Chez les aïeux et bisaïeux d'un troisième, nous trouvons une fois 80 ans et deux fois 87. Enfin, un quatrième a eu un aïeul maternel ayant vécu jusqu'à 107 ans (nous ne citons pas les cas où un seul des aïeux a atteint 80 ans).

On a pu accuser avec raison le trop grand nombre d'enfants comme épuisant la race; et, en effet, un de

nos malades avait 10 frères et sœurs; un autre en avait 20, plus âgés, et dont plusieurs jumeaux.

On a beaucoup insisté sur l'alcoolisme des parents. Mais ici il faut faire une distinction entre l'alcoolisme proprement dit et l'état d'ébriété des parents au moment de la conception. Sur celle-ci, nous n'avons aucun renseignement. L'alcoolisme, au contraire, s'est rencontré 9 fois chez les ascendants; 5 fois chez les collatéraux et 2 fois chez les frères et sœurs, ce qui peut faire présumer qu'il existait chez les ascendants. A un autre point de vue, un épileptique tardif avait 3 ascendants alcooliques (sur 6, en ne remontant pas au delà des grand-parents); un autre, également alcoolique, avait 5 membres de sa famille présentant la même tare. Ajoutons que, sauf un, tous ces ascendants et parents d'alcooliques étaient eux-mêmes alcooliques et absinthiques.

Nous n'avons pas relevé trace, parmi les ascendants des épileptiques tardifs, d'autres intoxications (plomb, mercure, opium), sauf un auquel on a fait des piqûres de morphine pendant quelques semaines, plusieurs années avant la première manifestation de l'épilepsie.

L'état de misère très grande des parents lors de la conception ne peut être accusé qu'une fois ou deux.

Nous arrivons maintenant à une classe d'accidents qu'on ne devrait pas, pour être exact, invoquer comme causes héréditaires, puisqu'ils sont postérieurs à la conception. Mais, comme ils sont antérieurs à la naissance, nous les mentionnerons néanmoins ici. Nous voulons parler des accidents survenus à la mère pendant la grossesse: maladies générales, mauvaise alimentation, hygiène défectueuse, traumatismes, ébranlements physiques et moraux, émotions, et, plus tard, difficultés de l'accouchement, circlaires du cordon, etc. A dire vrai, nous n'avons à ce sujet aucun renseignement exact.

Dans les cas où nous avons pu interroger la mère, ce qui était rare, la grossesse et l'accouchement s'étaient bien passés.

Enfin, laissant de côté l'étude des antécédents des malades, il est tout un ordre de symptômes qui nous permettront d'affirmer chez eux, soit la prédisposition spéciale à l'épilepsie, soit plus simplement un état particulier de dégénérescence.

Et d'abord, dans quelle proportion nos malades ont-ils été atteints de convulsions infantiles ? Pour MM. Bourneville et Féré, les convulsions ne seraient souvent que le prélude de l'épilepsie confirmée ; M. Féré en fait une variété d'épilepsie aigüe ; et, malgré cela, on n'en donnera pas moins le nom d'épilepsie tardive à celle qui débute après 30 ans chez un individu ayant eu des convulsions infantiles. Nous en avons observé 3 cas sur 15 malades dont les antécédents personnels nous soient connus.

L'incontinence nocturne d'urine est également un trouble qu'on peut rattacher à l'épilepsie : et pourtant un enfant qui urine au lit la nuit inconsciemment, sans autre trouble, ne peut, de ce seul fait, être considéré comme épileptique. Lors donc qu'un individu, atteint d'épilepsie passé 30 ans, a eu de l'incontinence nocturne d'urine pendant ses premières années, on pourra néanmoins le regarder comme un épileptique tardif ; mais l'incontinence indiquait déjà sa prédisposition convulsive. C'est le cas pour deux des malades que nous observons, et qui, atteints d'incontinence nocturne d'urine (l'un d'eux jusqu'à 9 ans), ont présenté : l'un, à partir de 33 ans, des vertiges qu'on doit rattacher à l'épilepsie absinthique et traumatique ; l'autre, à 40 ans, des vertiges également, d'origine alcoolique et impaludique.

Les retards dans l'évolution de la marche, de la dentition, de la parole, de l'intelligence, sont des signes

évidents de la dégénérescence, au même titre que les déformations physiques et les stigmates psychiques. Nous devons dire que, chez la plupart de nos malades, nous avons trouvé plusieurs de ces retards d'évolution. L'un, qui plus tard aura de l'épilepsie syphilitique, n'a marché que passé 2 ans, et présente de l'acrocéphalie. Un autre, qui a parlé tardivement, et avec difficulté jusqu'à 10 ans, a le nez écrasé, du prognathisme supérieur, des dents mal conservées, le lobule de l'oreille adhérent, l'anthélix un peu prolongé, du phimosis, une coloration différente de la barbe et des poils. Un troisième est en retard pour la dentition et la parole. Un autre, dont l'épilepsie peut être rattachée à la fois à l'alcoolisme et à la syphilis, présente de nombreux stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Nous n'insisterons pas davantage, ne pouvant établir une statistique exacte, parce que les renseignements que nous avons à ce sujet sont d'inégale valeur. Mais, en somme, on peut dire que tous nos épileptiques tardifs présentaient, du fait d'un retard quelconque dans leur évolution physique et intellectuelle, une prédisposition spéciale, qu'on peut rattacher à la dégénérescence héréditaire. Chez ceux-là mêmes dont nous connaissons mal les antécédents, l'étude des stigmates physiques et psychiques vient nous affirmer la dégénérescence (1).

Peut-être trouvera-t-on que nous avons beaucoup insisté sur l'hérédité, et que nous nous sommes occupé ici de l'étiologie du mal caduc en général, tout autant que de celle de l'épilepsie tardive en particulier. Mais il nous a semblé intéressant de constater, point par point, que nos malades présentent exactement la même pré-

(1) « Il est bien évident, dit M. Christian, que l'asymétrie crânienne ne saurait être invoquée dans les épilepsies accidentelles. » Pourquoi pas, si elles sont également héréditaires ?

disposition héréditaire que s'ils étaient atteints d'épilepsie idiopathique. Or, c'est une opinion courante qu'après 30 ans le mal caduc est en général symptomatique; un examen attentif des agents producteurs, des causes déterminantes de l'épilepsie acquise, nous permettra de juger dans quelle mesure cette opinion doit être admise.

On a attribué, dans certains cas, la maladie à l'allaitement par une nourrice épileptique. Nous n'avons trouvé qu'un cas où la nourrice fût convulsivante; et encore, cette nourrice étant la mère, l'influence de l'hérédité peut être invoquée à bien plus juste titre.

Par contre, dans deux cas, la nourrice était dans la misère ou nourrissait un autre enfant en même temps, ce qui a pu contribuer à troubler le développement de l'enfant. Mais ici, comme dans le cas de nourrice convulsivante, l'épilepsie ne s'étant développée que trente ou quarante ans plus tard, il ne peut s'agir que d'une cause éloignée, prédisposante; d'autant que ces trois malades, qui présentent de l'épilepsie dite symptomatique, ont en plus des antécédents héréditaires très chargés.

Pour MM. Marie, Lemoine et Vaysset, l'épilepsie serait en général de nature infectieuse. C'est là une opinion que nos observations ne semblent pas confirmer. Sans doute, tous nos malades ont été, dans l'enfance ou l'adolescence, atteints de maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, variole, choléra ou croup); mais quel est l'enfant qui n'en a pas eu autant? Et, comme l'épilepsie n'est apparue que quinze, vingt, trente ans même plus tard, il semble difficile d'admettre que l'infection ait pu sommeiller aussi longtemps sans se traduire d'une façon quelconque. Notre cas le plus favorable à la théorie infectieuse de l'épilepsie est celui de l'individu qui, plusieurs mois après une morsure par un chien enragé, eut des étourdissements (conscients, il

est vrai, puis devenus, quatre ans plus tard, complètement inconscients), ayant abouti à des attaques six ans après la morsure primitive (1). Mais il faut rappeler qu'il s'agit ici d'un alcoolique, fils de père alcoolique et de mère apoplectique, et ayant lui-même eu des convulsions dans son enfance. Jamais, en tous cas, aucun de nos malades n'a eu, vers l'époque de sa première attaque, aucun phénomène rappelant, même de loin, une des infections citées plus haut.

Le meilleur argument en faveur du caractère infectieux de l'épilepsie, c'est la nature du terrain sur lequel elle évolue, les états généraux qui coïncident le plus fréquemment avec le mal caduc.

On a prétendu que l'arthritisme (goutte, rhumatisme, diabète), pouvait, seul, en dehors de l'hérédité nerveuse, causer l'épilepsie essentielle. Nous n'avons qu'un malade rhumatisant, fils et neveu de rhumatisants. Mais sa mère, sa tante, ses deux frères et son fils sont poitrinaires, son oncle est alcoolique, sa mère nerveuse, sa fille dégénérée, et lui-même souffre de fièvres intermittentes. En voilà assez pour réduire beaucoup le rôle de l'arthritisme.

Portal et Moreau (de Tours) ont signalé la fréquence, dans la même famille, de la manie, du mal caduc et de la phthisie. Sans revenir sur les antécédents de nos malades, qui renferment un certain nombre de cas de tuberculose, il est vrai que deux d'entre eux étaient poitrinaires; mais le premier, fils et neveu d'apoplectiques, avec une mère alcoolique et convulsive, était par surcroît alcoolique lui-même. Quant au second cas, il

(1) On se rappelle, en effet, que la rage est une maladie infectieuse, s'attaquant spécialement au système nerveux, et se traduisant par des phénomènes spasmodiques ou convulsifs. Rien d'étonnant, à ce point de vue, à supposer qu'une semblable infection puisse produire l'épilepsie.

serait plus probant, le malade, très nettement tuberculeux, ayant un frère et plusieurs cousins morts de la poitrine, si lui-même n'avait été atteint également de fièvre intermittente.

C'est que le rôle de l'impaludisme nous semble assez important : ce serait le type d'un état infectieux épileptogène. Déjà indiqué par Hippocrate comme jouissant d'une certaine action dans l'étiologie de l'épilepsie ; décrite depuis par Dumas (de Montpellier) et Miles (de Baltimore) comme pouvant tantôt alterner avec l'épilepsie, tantôt voir une de ses périodes remplacée par une attaque de hant mal, la fièvre palustre s'est vu refuser toute action sur la production du mal caduc. On a même affirmé qu'épilepsie et impaludisme étaient des termes incompatibles, et on a proposé d'établir les colonies d'épileptiques dans les terrains marécageux, pour remplacer ainsi la névrose incurable par l'impaludisme curable. Telle n'est pas la conclusion à laquelle est arrivé M. Marandou de Montyel, qui voit l'épilepsie se réveiller sous l'influence de l'impaludisme ; et celle à laquelle nous amènent nos observations. Sur quatorze malades dont nous connaissons les antécédents d'une façon un peu complète, cinq, soit plus du tiers, avaient eu les fièvres intermittentes ou les avaient encore ; trois d'entre eux n'avaient d'attaques qu'au moment des accès de fièvre ou bien les avaient plus fortes et plus fréquentes à cette époque. Pour l'un d'entre eux, en particulier, cette influence a été très nette, puisqu'il a eu son unique attaque d'épilepsie avec impulsions dangereuses pendant la durée de l'accès de fièvre même. Nous avons pu noter cette influence de l'impaludisme sur d'autres malades âgés de vingt-cinq à trente ans, et dont nous ne publions pas l'observation.

Notons également, chemin faisant, que trois de nos impaludiques épileptiques étaient en même temps très

nettement des alcooliques, et que l'impaludisme une fois survenu, l'alcool, même pris en faible quantité, déterminait chez eux des troubles mentaux, comme l'a démontré un récent mémoire de M. Marandon de Montyel; ce qui peut contribuer à expliquer que le mal caduc ait revêtu chez eux une forme psychique.

Entre une infection et une intoxication, la différence est assez faible; les folies infectieuses sont ramenées à des auto-intoxications, et, puisque l'épilepsie peut être infectieuse, il est tout naturel de penser qu'elle puisse être toxique.

Parmi les agents toxiques, il n'en est pas de plus répandu que l'alcool. Nous avons déjà vu quelle importance a l'alcoolisme des ascendants dans la production de l'épilepsie; nous allons constater qu'ingéré par le malade lui-même, l'alcool n'est pas moins dangereux. Les deux tiers de nos sujets étaient alcooliques, et, nous le verrons dans un autre chapitre, la fréquence des crises variait en général parallèlement aux excès alcooliques du malade. L'alcool ne joue donc pas seulement le rôle de cause prédisposante; agissant sur un terrain préparé par l'hérédité, c'est une cause déterminante.

Mais ici se greffe une question incidente: est-ce l'alcool lui-même ou les substances qui lui sont associées, qui causent l'épilepsie? Les auteurs diffèrent encore d'avis: l'alcool, pris seul, d'après les expériences de MM. Magnan et Laborde, peut causer des attaques dites épileptiformes, c'est-à-dire convulsives; mais la véritable épilepsie, dite alcoolique, serait sous l'influence de l'absinthisme (ou de l'ausisme, pour MM. Cadéac et Meunier).

Pour d'autres, au contraire, l'alcool suffit à lui seul à causer l'épilepsie. Peut-être y a-t-il lieu d'établir une distinction, à cet égard, entre les prédisposés convulsifs et ceux qui ne le sont pas.

D'ailleurs, sur treize alcooliques, il y en a quatre

pour lesquels nous n'avons pu savoir quelle boisson alcoolique ils consommaient. — Les neuf autres se subdivisaient ainsi :

Vin seulement	1
Absinthe seulement	2
Alcool et absinthe	3
Vin, alcool, absinthe	1
Alcool, bière et vin	1
Alcool, bière et absinthe	1

Sous une autre forme, disons que les buveurs d'absinthe étaient au nombre de sept et que deux seulement d'entre eux présentaient une hérédité congestive ou convulsive. Au contraire, les deux alcooliques non absinthiques étaient fils de mères mortes plus tard d'apoplexie. Mais la question est beaucoup plus complexe, car tous ont des ascendants chargés de tares regardées comme suffisantes pour produire l'épilepsie, et la plupart présentent également une autre cause d'épilepsie acquise (syphilis, traumatisme ou impaludisme).

Enfin, la quantité d'alcool absorbée a varié suivant les malades, et, pour chaque malade, suivant les époques de la vie : la dose d'absinthe prise quotidiennement serait montée pour deux d'entre eux jusqu'à un quart de litre pendant plusieurs années, et pour un autre même, jusqu'à un demi-litre !

Pour les autres intoxications, la question semble plus difficile à résoudre : deux sujets ont pu être intoxiqués par le plomb ; mais pour l'un l'intoxication remonte à quinze ans avant le début des attaques, et, dans les deux cas, celles-ci ont continué alors que le malade n'était plus sous l'influence toxique, ce qui réduit à néant l'action du saturnisme dans ces deux cas.

Aucun des malades n'était très fort fumeur, aucun morphinomane ; nos observations ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'influence du chloroforme, de l'éther, du mercure, etc.

Comme intermédiaire entre les épilepsies toxiques et celles qui sont attribuables à une lésion organique de l'encéphale, il faut citer les cas dus à l'action de la syphilis : celle-ci pouvant, à la période secondaire, agir comme infection, mais se manifestant surtout à la période tertiaire sous forme de tumeur du cerveau ou des os du crâne. Nous l'avons rencontrée trois fois, plus un cas douteux. Une fois, l'épilepsie avait débuté dans la troisième année seulement de la maladie vénérienne ; une autre fois au bout de sept ans ; enfin, dans le troisième cas, elle était postérieure de vingt ans à l'apparition du chancre. Notons ici, comme pour les autres causes, l'influence très nette de l'hérédité. Remarquons aussi que la syphilis coïncidait, dans un cas, avec d'autres causes épileptogènes (alcoolisme et impudisme). Dans le cas douteux, le malade, tuberculeux et alcoolique, avait fait, dix-sept ans avant le début des attaques, une très forte chute ; et l'épilepsie, d'abord partielle et consciente, n'est devenue que progressivement complète et inconsciente. Enfin, dans un autre cas, les attaques ont précédé de neuf ans l'apparition d'une paralysie générale.

C'est, d'ailleurs, le seul cas d'épilepsie liée à une lésion organique de l'encéphale que nous admettions dans nos observations : nous en avons vu plus haut la raison ; ici, il semble qu'épilepsie et paralysie générale ne soient pas la conséquence l'une de l'autre, mais que toutes deux soient sous l'influence d'un troisième état, la syphilis.

Pour en finir avec les épilepsies symptomatiques, il faut mentionner 5 cas où les malades avaient fait de très fortes chutes ou avaient reçu de violents coups sur la tête : épilepsies traumatiques, survenant chez des individus prédisposés et, de plus, alcooliques ou syphilitiques, quelquefois les deux. Le traumatisme s'est pro-

duit respectivement : un mois, 6 mois, 8 ans et 17 ans avant le début du mal caduc.

Quant aux épilepsies réflexes ou sympathiques, nous n'en avons pas observé de cas.

Nous ne voulons pas passer sous silence les causes occasionnelles de l'épilepsie. Les auteurs s'accordent pour ne leur accorder qu'une importance relative, les causes principales existant toujours depuis un certain temps déjà, et n'attendant que l'occasion pour se déclarer. Dans un cas, le malade accuse l'influence de chagrins (mais ceux-ci ont précédé de 8 mois la première attaque). Deux fois, les malades invoquent la peur comme cause de début. Une fois, c'est immédiatement après s'être jeté à l'eau pour sauver un homme, que l'individu a eu sa première attaque de grand mal.

Mais c'est surtout l'action de l'alcoolisme et de l'impaludisme qui est bien caractéristique à ce point de vue. Les paludiques reviennent toujours à l'asile à la même époque, parce que c'est toujours à la même époque que reviennent les fièvres, que l'épilepsie est liée chez eux aux exacerbations de l'impaludisme, et que l'attaque survient parfois dans le cours même d'un accès de fièvre intermittente. Un de nos malades fut interné quatre fois en mai; un autre deux fois en janvier et une en mai; trois ont été pris en octobre-novembre, époque, avec le mois de mai, des exacerbations de l'impaludisme.

Pareille remarque peut s'appliquer à l'alcoolisme: plusieurs n'étaient épileptiques que sous l'influence de l'alcool; chez d'autres, l'épilepsie, une fois acquise, persistait, mais avec accidents plus fréquents après des excès alcooliques ou absinthiques.

En somme, héréditaire en général, l'épilepsie tardive n'en est pas moins symptomatique, c'est-à-dire développée sous l'influence d'un certain nombre, très restreint, d'ailleurs, de causes bien connues (alcoolisme, impalu-

disme, traumatisme, syphilis), causes dont leur jeune âge préserve en général les autres épileptiques ; causes multiples, du reste, chez un même sujet ; et il est peut-être quelquefois excessif de formuler le diagnostic d'épilepsie alcoolique, épilepsie traumatique, épilepsie impaludique, épilepsie syphilitique, car ces causes coexistent quelquefois au nombre de deux, trois ou quatre chez un même malade. Nous avons, en effet, trouvé pour cause :

4 fois l'alcoolisme seul.	1 seule
2 — traumatisme seul (dont 1 cas douteux) . . .	cause
2 — syphilis seule (un cas douteux)	8 cas.
2 — alcoolisme et impaludisme.	2 causes
1 — alcoolisme et rage	
2 — alcoolisme et traumatisme	8 cas.
1 — impaludisme et tuberculose	
1 — impaludisme et arthritisme.	
1 — syphilis et, 8 ans plus tard, paralysie générale (1) (?)	3 causes
1 — syphilis, alcoolisme et impaludisme	
1 — { alcoolisme, tuberculose (causes certaines).	4 causes
{ syphilis et traumatisme (causes douteu-	1 cas.
{ scs).	

Enfin 2 fois la cause était inconnue.

Nous aurions mauvaise grâce à insister davantage ; il nous paraît évident que ces causes, très importantes d'ailleurs, n'agissent que si le terrain est préparé par l'hérédité.

Enfin, une dernière question se pose à nous, inverse en quelque sorte des précédentes : admettant comme très simple l'existence de l'épilepsie tardive, nous avons cherché *par quoi* elle est causée. Maintenant, au contraire, connaissant ces causes, nous pouvons nous demander *pourquoi* l'épilepsie est quelquefois tardive, alors qu'en

(1) La paralysie générale peut-elle s'annoncer huit ans avant tout autre trouble, par des convulsions épileptiques ? Nous croyons plutôt que paralysie générale et épilepsie sont dues à la syphilis.

général elle apparaît avant vingt-cinq ou trente ans. C'est là, il faut l'avouer, une question assez embarrassante.

Peut-être, pourrait-on dire qu'héréditaire en général, et de nature dégénérative, résultat, en un mot, d'un défaut d'équilibre du cerveau, la prédisposition indispensable à l'éclosion de l'épilepsie a une tendance toute naturelle à se manifester dès l'enfance ou l'adolescence ; et c'est ce qui expliquerait son éclosion à propos d'une circonstance futile (peur, émotion, menstruation, etc.). Mais supposons l'individu un peu moins prédisposé, moins dégénéré (et on sait que les malformations crâniennes ont été regardées comme absentes, ou, tout au moins, plus rares dans l'épilepsie symptomatique), cette prédisposition pourra demeurer longtemps latente, et elle aura besoin, pour se faire jour, d'une certaine désorganisation, tantôt toxique (alcoolisme, impaludisme), tantôt organique (paralysie générale, syphilis et tumeurs du cerveau, etc.), tantôt enfin traumatique : ce qui explique que l'épilepsie semble alors acquise et symptomatique. Mais cette désorganisation ne peut guère se faire qu'à un certain âge (on comprend alors l'apparition tardive du mal caduc) ; elle peut être incomplète (et la cause, alcoolisme ou syphilis, par exemple, disparaissant, la prédisposition ne sera plus toujours assez forte pour que persistent les manifestations épileptiques). Mais que la cause persiste (comme dans les lésions organiques de l'encéphale, ou si le malade continue à s'intoxiquer), la désorganisation devient plus profonde et plus complète, l'épilepsie persiste, et, en même temps, la démence survient rapidement, démence précoce due non seulement à l'épilepsie, mais encore et surtout au terrain sur lequel elle a évolué, terrain affaibli par l'alcoolisme, le ramollissement, etc.

Ce n'est là qu'une simple hypothèse, qui nous est absolument personnelle, et que nous ne hasardons que

timidement ; mais elle nous semble rendre compte des principaux phénomènes de l'épilepsie tardive.

SYMPTOMES — MARCHE — TRAITEMENT

Nous serons assez bref sur la question des symptômes de l'épilepsie tardive. Notre intention étant, primitivement, de nous borner à l'étiologie, il est plusieurs malades pour lesquels nous n'avions pas fait relever exactement, et, au fur et à mesure, pour chaque attaque et chaque vertige, le jour, l'heure, les caractères principaux, nous contentant de connaître la forme sous laquelle se manifeste la maladie pour chacun, la fréquence des attaques et les époques auxquelles elles augmentent de nombre. Ce n'est que plus tard qu'il nous a semblé utile de comparer, incidemment, dans un chapitre spécial, les symptômes observés par nous, à ceux de l'épilepsie ordinaire, et de voir si l'épilepsie tardive se traduit par certaines particularités.

D'ailleurs, l'attaque de haut mal ne saurait se comparer à une autre maladie, dont les symptômes évoluent devant le médecin, qui n'a qu'à les décrire. Loin de là, elle survient brusquement, presque toujours en notre absence ; et ce n'est que par l'interrogatoire des assistants, en éliminant un à un les divers signes, qu'on arrive à dire, approximativement, en quoi telle ou telle attaque diffère de l'attaque typique : c'est d'ailleurs, le seul point qui nous intéresse. A quoi bon décrire un accès quand il revêt l'aspect classique ?

Les auteurs ayant composé dans ces derniers temps des monographies sur l'épilepsie, négligent de dire dans quelle proportion ce mal se manifeste tout d'abord par des attaques, des vertiges ou des troubles mentaux. Pour Gowers, il est vrai, le début peut se faire soit par vertiges revenant pendant des mois et des années avant l'apparition des attaques, soit par des attaques surve-

naut à intervalles plus ou moins éloignés, soit enfin par une grande attaque précédant de plusieurs mois ou de plusieurs années l'apparition d'une seconde manifestation de l'épilepsie.

Pour nous, sur 21 cas, le début s'est fait 10 fois par de grandes attaques ; 5 fois par des vertiges ou des troubles mentaux ; 2 fois par de l'épilepsie partielle, ayant progressivement abouti à la grande attaque. Enfin, dans 4 cas, le mode de début est inconnu. Le début par de l'épilepsie partielle (qui, d'ailleurs, s'est produit une fois chez un syphilitique avéré, et une seconde fois chez un tuberculeux alcoolique, soupçonné de syphilis) tendrait à prouver la transformation possible d'épilepsie partielle en véritable mal caduc, et par suite l'identité de nature des deux affections, identité affirmée par M. Féré et niée par M. Christian.

Pour M. Jabot (qui a étudié les cas au-dessus de soixante ans), « *le grand mal est plus fréquent, mais le petit mal passe peut-être plus souvent inaperçu* ». Pour nous, 19 malades sur 21 ont eu autrefois des attaques de grand mal, c'est dire que nous avons éliminé de nos observations les cas d'attaques simplement convulsives de l'alcoolisme et de la paralysie générale, qui n'ont guère d'épileptiforme que le nom. Les attaques revêtent l'aspect classique.

Dans 1 cas seulement sur 21, le malade nous a avoué sentir quelques jours à l'avance l'approche d'une attaque, à la présence de maux de tête assez violents.

Quant à l'aura pouvant précéder l'attaque, elle a dû, à notre avis, se produire chez plusieurs malades ; mais nous ne sommes renseignés que sur un cas : le malade, un alcoolique, éprouvait une sensation de malaise avec constriction épigastrique, puis tombait. Dans un autre cas, au contraire, chez un syphilitique, l'absence complète d'aura est signalée.

Dans un cas, l'absence habituelle d'écnme est aussi mentionnée.

A un autre point de vue, le moment de la journée auquel se produit l'accès, nos documents ne sont pas assez précis pour nous permettre une statistique. Dans un cas, nous savons que les attaques se produisaient presque toujours la nuit ; dans un autre, ordinairement le jour. Chez les autres malades, les attaques sont signalées plutôt le jour ; mais cela peut tenir à ce que les attaques de nuit passent plus facilement inaperçues.

La durée de l'attaque est difficile à préciser ; dans un cas, on note une durée habituelle d'une dizaine de minutes, en comprenant le stade de ronflement, ce qui est normal.

La fréquence des attaques est très variable. Dans deux cas seulement, on a noté la production fréquente de plusieurs attaques par jour ; mais il s'agit ici d'individus chez lesquels les attaques reviennent par périodes, tous les 15 ou 20 jours. Dans 2 cas, les attaques reviennent tous les 8 ou 10 jours ; dans 3 cas, 2 ou 3 fois par mois seulement ; dans 3 cas également plusieurs fois par an. Enfin, deux de nos malades (un impaludique tuberculeux et un alcoolique) ont eu des attaques séparées par des intervalles de plus de 6 mois. Signalons, à ce sujet, l'influence de l'impaludisme, qui ramène les attaques, quelquefois assez fréquentes, en mai et en octobre-novembre ; celle de l'alcoolisme, qui est telle, que certains épileptiques tardifs n'ont que peu ou pas de manifestations convulsives, vertigineuses ou délirantes, en dehors des excès alcooliques (1).

(1) On est parti de là pour faire de l'épilepsie alcoolique un syndrome purement symptomatique. N'est-ce pas aller un peu loin, et ne peut-on opposer à cette opinion les cas où l'épilepsie, une fois manifestée sous l'influence d'excès éthyliques, continue à évoluer pour son propre compte, en dehors de l'alcoolisme ; et

Les vertiges se rencontrent chez un moins grand nombre de malades (11 sur 20). Mais, ici, une petite différence est peut-être à noter avec l'épilepsie vulgaire. Dans celle-ci les vertiges sont parfois très fréquents, plusieurs par jour, et c'est à ce point de vue qu'on a dit que l'épilepsie vertigineuse était plus grave que le grand mal, la première amenant plus rapidement la démence. Chez nos malades, les vertiges étaient relativement assez rares (ou du moins assez rarement constatés), ce qui n'empêche pas la démence d'être chez eux très précoce.

Au point de vue de l'étiologie, les vertigineux se subdivisent ainsi :

Impaludisme seul	1 cas.
Syphilis et paralysie générale	1 —
Alcoolisme seul	4 —
Impaludisme et alcoolisme	2 —
Traumatisme et alcoolisme	1 —
Impaludisme, syphilis et alcoolisme	1 —

Dans trois cas (chez un alcoolique, un alcoolo-paludique et un alcoolo-syphilo-impaludique), les étourdissements, d'abord conscients, se sont transformés progressivement en vertiges.

Pour la description de ces vertiges, on nous permettra de renvoyer à nos observations ; on verra que, dans certains cas, les actes commis sous l'influence d'un vertige sont assez compliqués et pourraient même rentrer parmi les troubles purement psychiques de l'affection.

Ceux-ci se rencontrent dans onze cas ; et peut-être même ont-ils pu échapper chez d'autres malades ; sept fois seulement ils étaient consécutifs aux attaques. Ces sept cas se subdivisent ainsi :

ceux mêmes où l'épilepsie, d'abord uniquement alcoolique, finit par s'acclimater chez le sujet, même s'il renonce à ses habitudes d'intempérance ?

Troubles délirants	3 cas.	chez 3 alcooliques.
Dépression	1 —	alcoolisme et traumatisme.
Délire des actes, violences.	3 cas.	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 2em; line-height: 1;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> 1 syphilitique. . 1 traumatisé. 1 alcool-impaludique. </div> </div>

Mais l'épilepsie peut se traduire par des troubles purement psychiques, même chez des individus sujets aux attaques. La caractéristique de cette épilepsie psychique, c'est que les troubles mentaux, très variables d'ailleurs, sont absolument inconscients, impulsifs, aveugles, et, une fois passés, ne laissent aucun souvenir dans l'esprit du malade. A ce sujet, la fureur et la manie épileptiques sont bien caractéristiques; nous en avons trois cas : un chez un syphilitique, un chez un simple alcoolique, un enfin chez un individu dont l'épilepsie nous paraît attribuable à un traumatisme. Par contre, ce dernier est lui-même atteint de stapeur par intervalles de quelques jours. Enfin, nous avons deux cas de délire des actes assez compliqués.

En somme, nous voyons que, bien que symptomatiques, les épilepsies tardives se traduisent par des phénomènes paroxystiques semblables à ceux de l'épilepsie vulgaire : ici encore, l'analogie, déjà constatée pour la prédisposition et les déformations physiques, persiste.

Étudions maintenant l'état mental ordinaire de ces malades, et voyons si d'autres délires, non épileptiques, peuvent coexister chez eux avec les troubles psychiques dus au mal caduc. *A priori*, la chose est probable, étant donné que les causes de l'épilepsie tardive produisent elles-mêmes des troubles mentaux non épileptiques. Parmi nos quatorze alcoolisés, par exemple, il était à présumer qu'il s'en trouverait plus d'un ayant des troubles mentaux dus exclusivement à l'alcoolisme; et, en effet, nous en avons six qui rentrent dans cette catégorie, présentant des hallucinations visuelles, zoopsie, cauchemars, idées de persécution, etc. De même les épi-

leptiques, même tardifs, se recrutant parmi les dégénérés, il n'est pas étonnant de constater chez eux des délires d'ordre dégénératif (comme nous en avons un beau cas), et surtout des stigmates psychiques de dégénérescence, ce que M. Magnan appelle les syndromes épisodiques des dégénérés (comme nous en avons six cas); et chez les autres nous aurions peut-être pu en relever six cas.

De même, un syphilitique devient épileptique, puis, huit ans après, paralytique général, les attaques épileptiques franches disparaissant; il n'y a pas là coïncidence, mais succession de deux affections dues sans doute à la même cause. Un autre malade, alcoolique, est soupçonné également de paralysie générale au début quatre ans après l'apparition des vertiges et des attaques: l'épilepsie n'est-elle qu'un phénomène prémonitoire de la paralysie générale? nous ne discuterons pas la question, la paralysie générale n'étant que soupçonnée.

Dans un autre cas, idées de richesse et de grandeur prédominantes, d'apparence paralytique, sans signes physiques de la paralysie, délire ayant disparu assez rapidement, et attribuable à l'alcoolisme. A celui-ci également on peut attribuer cinq cas d'idées de persécutions et quatre de dépression mélancolique.

Enfin, on a signalé parfois la tendance des épileptiques à l'hypochondrie. Pour M. Christian, ils seraient préoccupés fâcheusement de leur mal caduc. Nous avons en effet observé fréquemment l'hypochondrie chez les épileptiques en général, et, chez les tardifs en particulier, nous en avons trois cas. Mais il nous semble que, loin de se préoccuper de son épilepsie, qui est incurable et a des conséquences très fâcheuses pour lui et son entourage, l'épileptique, inconséquent, passe son temps à éplucher le moindre petit malaise, qui, souvent, n'existe que dans son imagination: l'un, ayant

un léger mal de tête, se prétend atteint d'un ramollissement du cervelet, et se désole pour quelques pertes séminales qu'il a faites.

Enfin, il est un dernier point où nous devons trouver à l'épilepsie tardive une physionomie bien spéciale, c'est l'apparition précoce de la démence, qui peut-être s'explique par l'âge, par une fatigue précoce du cerveau chez ces candidats à l'épilepsie, par les troubles mentaux peut-être plus fréquents, et surtout à la désorganisation que font subir au cerveau l'alcoolisme et les autres causes d'épilepsie tardive. Nous avons le plaisir de voir que cette constatation, que nous avons faite de nous même, et sans savoir si elle avait déjà été faite, est conforme aux résultats de Calmeil et des autres auteurs. Sur vingt épileptiques tardifs, l'affaiblissement intellectuel est constaté onze fois sur les certificats, et a été reconstaté par nous; six fois également est constaté l'affaiblissement de la mémoire, signe essentiel de démence. On a observé l'affaiblissement intellectuel :

1 an après le début des attaques.	1 fois.
2 ans — — — —	3 —
4 — — — —	1 —
5 — — — —	1 —
6 — — — —	1 —
7 — — — —	1 —
8 — — — —	1 —
13 — — — —	1 —

Dans les autres cas, l'époque de début de la démence est inconnue; et, même dans ces cas, de ce qu'elle n'est indiquée que 7, 8, 13 ans après la première attaque, rien ne dit qu'elle ne s'est pas produite plus tôt.

En résumé, à part la précocité de la démence, et peut-être la fréquence des troubles intellectuels, l'épilepsie tardive ressemble beaucoup à l'épilepsie vulgaire. Dans quelques cas, il est vrai, elle débute par des attaques convulsives partielles et conscientes ou par des

étourdissements sans perte de connaissance. Quelquefois aussi, elle peut guérir et cesser si la cause qui la produit vient à cesser ou à disparaître ; mais souvent aussi, nous l'avons vu, l'épilepsie, une fois déclarée, continue à évoluer pour son propre compte. — Mais ces disséminances ne nous semblent pas suffisantes pour qu'on range l'épilepsie tardive, ou symptomatique, dans une catégorie à part. La clinique nous mène aux mêmes conclusions que l'étiologie : il n'y a qu'une seule et même épilepsie... et nous avons vu dans le chapitre précédent comment on pourrait expliquer son apparition tardive.

Aussi le diagnostic avec l'épilepsie idiopathique (de cause inconnue), chez un individu de plus de trente ans, pourra se baser sur les constatations suivantes : début quelquefois graduel, partiel et conscient ; coexistence plus fréquente d'un délire surajouté, et fréquence peut-être plus grande des manifestations psychiques ; enfin, démence plus précoce, et amélioration possible par guérison ou cessation de la cause, dans les premiers temps.

Quant au traitement, nous avons essayé celui de l'épilepsie en général (bromures), et nous pensons, mais sans statistique à l'appui, qu'il peut agir sur les attaques aussi bien que dans les cas idiopathiques. Le borax a également été essayé ; mais, en plus de sa difficile tolérance, il ne faisait que retarder et accumuler les attaques, qui reprenaient plus fortes et plus nombreuses après cessation du traitement.

Mais, nous l'avons vu, le principal moyen de rendre les crises plus rares, de suspendre même la maladie, c'est, aussitôt qu'elle est déclarée, de faire le traitement de la cause : suppression raisonnée des boissons alcooliques, iodure de potassium, trépanation et sulfate de quinine, voilà quatre traitements correspondant aux quatre grandes causes (alcoolisme, syphilis, trauma-

tisme, impaludisme). Temporiser serait précipiter l'apparition de la démence ou tout au moins rendre durable une épilepsie qui n'a mis si longtemps à apparaître, que parce qu'elle ne tenait pas, au début, à s'attacher à l'individu.

CONCLUSIONS

1° L'épilepsie débute rarement après trente ans, et seulement dans une proportion de 15 à 20 p. 100 cas d'épilepsie.

2° L'épilepsie tardive ne se manifeste pas en dehors d'une prédisposition héréditaire, quelquefois directe, congestive ou convulsive, souvent névropathique, toujours dégénérative.

3° Elle est néanmoins symptomatique, si on entend par là qu'elle est consécutive à une désorganisation du cerveau par des agents bien connus, et liée dans une certaine mesure à l'évolution de ces agents. — Ceux-ci sont souvent multiples pour un même malade.

4° Ses manifestations (attaques, vertiges, troubles mentaux) sont sensiblement celles de l'épilepsie vulgaire.

5° Elle s'accompagne fréquemment d'asymétries cranio-faciales, corporelles et psychiques, indices de troubles de développement, ainsi que d'un certain état de dépression hypocondriaque.

6° Une fois déclarée, elle peut, soit s'améliorer rapidement, quand disparaissent ses agents producteurs, soit rester stationnaire ; dans ce cas, la démence précoce, qui est la règle, semble, comme les troubles mentaux surajoutés, devoir être attribuée moins à l'épilepsie qu'à ses agents producteurs.

7° C'est donc une simple variété de la grande épilepsie, qui emprunte à l'âge auquel elle survient, et aux causes qui la provoquent, quelques caractères spéciaux.

8° Le traitement sera celui de l'épilepsie en général, combiné avec la suppression ou la guérison des causes.

OBSERVATIONS

On nous excusera de ne pouvoir publier un plus grand nombre d'observations, l'épilepsie tardive est rare relativement à l'épilepsie commune.

Qu'on nous pardonne également, si quelques-unes sont un peu incomplètes : certains malades sont peu visités, ou le sont par des personnes peu au courant de leurs antécédents. Parfois, en outre, le malade est incapable ou refuse de nous renseigner, pour divers motifs. Enfin l'épilepsie se produit par accès, le plus souvent en notre absence, et les personnes présentes peuvent mal nous renseigner.

Pour tous ces motifs, nous avons divisé nos observations en deux catégories : les premières complètes (relativement) ; les autres incomplètes, mais renfermant au moins deux ou trois renseignements utiles. Ce sont ces dernières observations incomplètes qui rendent difficile de faire une statistique sur la fréquence de telle ou telle cause, de tel ou tel symptôme, de tel ou tel antécédent héréditaire ; c'est à cause d'elles qu'une statistique porte alternativement sur 15, 18 ou 20 cas : de ce que nous trouvons l'alcoolisme du père 6 fois, par exemple, il ne s'ensuit pas qu'il ne se soit pas rencontré d'autres fois, à notre insu. — Nous ne publions pas ces observations incomplètes.

Nous devons ajouter que toutes nos observations sont rigoureusement personnelles, prises, en 1893, à Ville-Evrard, dans le service de notre excellent maître M. le D^r Marandon de Montyel.

Mais nous ferons précéder ces observations d'un tableau synoptique énumérant les antécédents héréditaires de nos malades.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES	LIGNE PATERNELLE				LIGNE MATERNELLE			Frères et sœurs.	Fils et filles.	TOTAL GÉNÉRAL
	Père.	Aïeux.	Collaté- raux.		Mère.	Aïeux.	Collaté- raux.			
Hérédité véranique (aliénation)	"	2	»		1	»	»	»	"	3
Hérédité convulsive (épilepsie, hystérie, convulsions) . .	"	1	»		3	"	»	1	5	10
Hérédité congestive, apoplexie, paralysie génér., paralysies.	4	"	7		2	4	»	1	"	18
Dégénérescence physique et mentale	1	»	1		»	"	»	4	1	7
Alcoolisme	7	1	3		2	3	2	3	"?	21
Autres intoxications	"	"	"		»	"	»	»	"	"?
Maladies de poitrine, cœur, reins, etc.	3	»	5		1	1	»	11	"	21
Arthritisme	2	"	1		»	»	"	»	"	3
Syphilis.	"	"	»		"	»	"	»	"	"?
Mort en bas âge.	»	»	»		»	»	"	16	2	18
Mariages consanguins.	"	»	»		"	"	"	"	"	"?
Parents âgés lors de la naissance	2	"	"		2	»	»	"	"	4
Caractères nerveux.	3	1	4		9	1	2	4	2	31
Suicide	"	"	1		"	»	»	»	"	1

OBSERVATION I. — B... (Antoine), cinquante-huit ans, journalier. Entré le 5 janvier 1892.

Antécédents héréditaires. — Père mort après quatre-vingts ans, rhumatisant. Tante paternelle phthisique. Oncle grand buveur, rhumatisant. Mère poitrinaire, émotive et irascible. Deux frères poitrinaires. Un enfant (sur quatre) réformé pour maladie de poitrine; et une fille boiteuse (coxalgie?).

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère, âgée de plus de quarante ans; marche normale; n'a pu apprendre à lire et à écrire à l'école. Varicelle et plusieurs *fièvres cérébrales* dans l'enfance. Pas de maladies vénériennes. Rhumatisant depuis dix ans; impaludique (fièvres intermittentes fréquentes) depuis douze ans. Marié à trente-cinq ans. Berger de douze à seize ans; puis garçon d'hôtel (sauf quinze ans de service militaire).

Etat mental. — Imbécile en démenée, très hypocondriaque. Epilepsie ayant débuté il y a quinze ans, à quarante-trois ans; attaques tous les deux mois, accompagnées d'impulsions automatiques, violentes; quelques vertiges.

Traitement. — 4 grammes de borax pendant vingt jours (ayant provoqué des vomissements); puis bromure de potassium.

OBSERVATION II. — Ca... (Edouard), quarante-quatre ans, blanchisseur. Traité du 16 juillet 1889 au 5 juillet 1891 et du 11 septembre 1892 au 12 juillet 1893.

Antécédents héréditaires. — Mal connus, le malade n'étant pas visité. Famille très religieuse. Père mort à quarante-cinq ans. Mère morte de cancer utérin, vers la ménopause. Deux frères plus âgés, l'un bien portant, l'autre mort-né. Sœur débauchée. Autre sœur morte à dix-huit ans.

Antécédents personnels. — Très mal connus. Pas de syphilis. Excès alcooliques nombreux.

Etat mental. — Débile un peu dément. Epilepsie à attaques plus fréquentes quand il fait des excès alcooliques (pas d'attaques pendant le dernier internement). Quelques idées de persécution et d'auto-culpabilité lorsqu'il a été interné.

OBSERVATION III. — Cl... (Edgar), quarante-deux ans. Entré le 23 juillet 1892.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, irascible. Grand-père un peu irascible, mort de la pierre. Grand-mère morte à soixante-dix ans. Pas de renseignements sur six oncles et tantes. Mère émotive, morte à trente-sept ans d'une tumeur à la cuisse, âgée de vingt ans, quand naquit le malade. Côté

maternel mal connu. Cousine hémiplegique depuis deux ans.

Antécédents personnels. — Allaité par plusieurs nourrices (souffrances, rachitisme). A marché à deux ans. Ne croit pas avoir eu de convulsions dans l'enfance. Variole à douze ans. Réformé au service militaire, pour obésité (?). Syphilis à vingt ans, soignée immédiatement par des bains de sublimé, puis à l'iodure de potassium, et ayant amené la roséole à plusieurs reprises, une perforation du voile du palais, plusieurs gommès au bras, et enfin la chute partielle du gland. Marié à vingt-sept ans, il ne communique pas la syphilis à sa femme, et a deux enfants (dix-sept et treize ans), en bonne santé. Jamais d'excès d'absinthe ni d'alcool (dit-il). Caractère toujours un peu irascible.

Histoire de la maladie. — Depuis l'âge de trente-deux ans, il éprouvait des douleurs frontales à gauche, revenant fréquemment. A quarante ans, étant à table, première attaque survenant brusquement, sans aura (chute à terre). Deux mois plus tard, seconde attaque après une peur (dix attaques en trois ans). L'année suivante, étant couché, sans attaques, il devient inconsciemment loquace. Cinq mois plus tard, nouvel accès de fureur : il veut frapper sa femme, est interné à Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard (amnésie pour cette période de cinq jours).

État actuel. — Trois attaques classiques d'épilepsie en dix-sept mois ; pas de vertiges ni d'absences. Affaiblissement progressif des facultés, et surtout de la mémoire ; légère aphasie ; quelques idées de suicide. Stigmates physiques de dégénérescence (forte acrocéphalie ; front très haut ; léger prognathisme ; aspect fortement bestial ; asymétrie cranio-faciale). Diminution progressive de la vue, surtout à droite.

Traitement. — Iodure de potassium (les attaques diminuent, mais la démence progresse).

RÉFLEXIONS. — Épilepsie syphilitique chez un dégénéré.

OBSERVATION IV. — Dé... (Evariste), quarante-trois ans, marchand de vins, épiciier. Entré le 8 février 1892.

Antécédents héréditaires. — Mal connus. Père paralysé, mort d'une fluxion de poitrine. Un oncle et une tante (pas de renseignements). Mère morte de maladie fébrile. Oncle et tante également mal connus.

Antécédents personnels. — Elevé par sa mère ; instruction

élémentaire. Fièvre typhoïde à quinze ans. Pas d'excès alcooliques, quoique tonnelier et marchand de vins. Marié à vingt-trois ans; neuf enfants dont quatre morts (un de convulsions après rougeole, n'ayant pas encore de dents à deux ans). Toujours nerveux. Syphilis probable, soignée à Saint-Louis.

Histoire de la maladie. — Début il y a treize ans, à trente ans, par fortes douleurs de tête suivies de perte de connaissance (convulsions de la face, et un peu des membres, ressemblant à l'épilepsie jacksonnienne), puis délire pendant deux jours; une fois remis, amnésie pour ces deux jours. Depuis, il a eu plusieurs attaques convulsives conscientes et suivies d'aphasie pendant quelque temps; plusieurs vertiges; actes incohérents. En 1890 (à quarante ans), trois attaques en trois heures, ressemblant à de l'épilepsie franche; depuis lors, il s'égarait souvent dans les rues, s'assoupissait facilement, voulait faire de grandes entreprises, croyait avoir beaucoup de chevaux; a voulu tuer une fois ses enfants, et une autre fois sa femme; se déshabillait et se rhabillait sans motif. Enfin, en janvier 1892, attaques quotidiennes pendant quinze jours et déraisonnait constamment.

État actuel. — Aspect classique de paralysie générale, presque gâteux; se croit le caissier de la Banque de France. Pas d'hypocondrie; grande indifférence pour sa famille. Attaques épileptiformes de temps en temps.

RÉFLEXIONS. — S'agit-il d'une paralysie générale ayant débuté, il y a treize ans, par des attaques épileptiformes? Cette durée serait exceptionnelle. Il semble s'agir plutôt d'une syphilis cérébrale, à forme d'abord épileptique, puis paralytique. Cette observation n'est pas probante, à cause de l'insuffisance des renseignements. Y a-t-il eu véritable épilepsie?

OBSERVATION V. — F... (Victor), trente-quatre ans, ébéniste. Entré le 3 novembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, très émotif. Grand-père mort à quatre-vingt-quatre ans et grand-mère à quatre-vingt-six ans. Mère morte de méningite (?), cardiaque. Deux oncles et une tante en bonne santé. Plusieurs cousins morts de la poitrine. Trois frères plus âgés, dont un mort à dix-huit ans, tuberculeux, et un autre (trente-six ans) souffre

de l'estomac. Trois sœurs plus âgées dont une (quarante-deux ans) a eu des attaques de nerfs pendant trois jours, après une fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère, a parlé tard, et jusqu'à dix ans difficilement. Embarras gastrique à douze ans, fluxion de poitrine à quinze ans, fièvre typhoïde à seize ans. A vingt-trois et vingt-six ans, fièvres intermittentes à type quotidien, pendant cinq jours (neuf et six ans avant le début des attaques), n'étant pas revenues depuis; insolation à la même époque. Choléra en 1885. Entré au séminaire à sept ans, s'en évade à quatorze (bonne instruction élémentaire), puis apprenti ébéniste pendant trois ans; employé au dispensaire de salubrité durant six mois, puis au ministère de la marine; enfin, pendant sept ans, chef de la police à Saïgon, a depuis cette époque un mal de Pott, et est ébéniste. Marié à dix-neuf ans, veuf à trente et un ans avec trois enfants bien portants. A toujours beaucoup fumé; piqué souvent à la morphine pendant son mal de Pott, sans s'y habituer. Premières attaques à trente et un an et demi, à la suite d'une peur, huit mois après de grands chagrins (perte de sa femme et deux enfants).

Etat actuel. — Epilepsie classique (huit attaques par an). Rares vertiges. Léger affaiblissement intellectuel avec dépression mélancolique et quelques idées de persécution. Tuberculose pulmonaire au second degré. Stigmates de dégénérescence (nez très éraillé; prognathisme maxillaire supérieur; dents mal conservées; lobule de l'oreille adhérent, anthélix un peu prolongé; barbe plus blonde que les cheveux et les poils; phimosis).

RÉFLEXIONS. — L'épilepsie est-elle idiopathique, ou due, au contraire, à la tuberculose, à l'impaludisme, aux insolationes? Aucune de ces causes n'a précédé ou modifié l'accès.

OBSERVATION VI. — Gi... (François), gazier. Entré le 22 août 1892.

Antécédents héréditaires. — Père débile, un peu irascible. Grand-père mort à quatre-vingt-deux ans. Grand-mère morte âgée, a eu de grands chagrins. Dix oncles et tantes (un mort de phthisie galopante). Mère bien portante, nerveuse, mariée à dix-neuf ans. Grand-père, fort buveur, mort à plus de quatre-vingts ans. Trois oncles et tante (un mort de congestion céré-

brale, un autre à trente ans d'excès vénériens et alcooliques). Trois frères morts en bas âge (un de convulsions internes).

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère (quatorze mois); léger retard de la dentition et de la parole; marche à un an; propreté normale. Va à l'école de sept à quatorze ans (bonne instruction primaire); puis poêlier, tôlier et plombier (surtout employé aux écritures). Marié à vingt-neuf ans (un enfant de quatre ans, a eu une fois des convulsions).

Histoire de la maladie. — Début à trente ans et demi; projeté à terre d'une hauteur de 3 mètres par une explosion de gaz, il est relevé fortement grillé et un peu hébété; après trois semaines de soins (pas de changement de caractère), il reprend son travail; mais six mois plus tard, sans cause, a une première attaque, la nuit, et depuis, les accès, d'abord nocturnes, reviennent tous les mois.

Etat actuel. — Épilepsie à attaques classiques, revenant par groupes de quatre ou cinq tous les mois et suivies la semaine suivante de torpeur, dépression, amnésie, avec périodes d'agitation et fureur (frappe ses camarades). Dans l'intervalle de ces périodes, il semble intelligent et très doux. Pas de vertiges. Asymétrie cranio-faciale.

RÉFLEXIONS. — Cette épilepsie est-elle idiopathique ou traumatique? Nous penchons vers cette dernière hypothèse. Remarquons, en effet, que la marche n'en est pas stationnaire, mais que les attaques deviennent plus fréquentes, et sont suivies d'un état spécial de véritable abrutissement durant plusieurs jours. — En tous cas, il faut noter l'état de la famille (caractère nerveux, congestions cérébrales, convulsions, alcoolisme), qui le prédisposait au mal comitial.

OBSERVATION VII. — Gu... (Louis), quarante et un ans, journalier. Entré le 6 mars 1893.

Antécédents héréditaires. — Père, enfant naturel, très irascible, un peu rancunier, mort hémiplegique depuis un an. Mère morte aliénée, convulsive (hystérie?), très irascible (attaques de colère), très émotive, alcoolique à la fin. Un oncle mort aphasique, paralysé depuis plus de dix ans des deux côtés.

Antécédents personnels. — Accouchement brusque, inattendu; allaité par sa mère; développement inconnu. Croup dans

l'enfance. A dix-neuf ans, chute d'une hauteur de 13 mètres (trois mois malade), ayant entraîné depuis de fréquentes douleurs de tête, avec sensation de ballonnement intra-érarien. Phtisie au deuxième degré, ayant débuté à vingt-six ans; soupçon de syphilis (pas de traces). Excès alcooliques (vin, alcool et surtout absinthe), ayant redoublé depuis trois ans (après la mort de sa femme). A fréquenté l'école de quatre à seize ans (souvent renvoyé pour dissipation; instruction élémentaire). Successivement infirmier, cimentier, vidangeur, corroyeur (grande instabilité mentale). Marié à trente-sept ans, veuf à trente-huit ans, sans enfants.

Histoire de la maladie. — Un soir, étant infirmier, il est pris subitement d'hémoptysie (à trente-huit ans), puis engourdissement à droite, débutant par le pied et secousses du pied droit (épilepsie partielle). Depuis, ces secousses reviennent plusieurs fois par jour, envahissant bientôt tout le côté droit, s'interrompent le troisième mois, et progressivement devenues bilatérales, revêtent l'aspect de l'attaque de haut mal; est resté hémiplégique quelque temps après une attaque.

Etat actuel. — N'a eu ici que trois attaques d'épilepsie franche; pas de vertiges; assez intelligent. Stigmates de dégénérescence (ichtyose; lobule de l'oreille un peu adhérent; légère asymétrie crânienne. Caractère indiscipliné; instabilité mentale; recherche angoissante du mot; peu de sentiments de famille; manie d'achats inutiles; altruisme un peu exagéré; terreurs nocturnes dans l'enfance).

Traitement. — Suppression des alcools; 6 grammes de bromure de potassium par jour (attaques plus rares).

RÉFLEXIONS. — L'épilepsie peut être attribuée au traumatisme, à l'alcoolisme, à la tuberculose, à la syphilis soupçonnée; le traumatisme n'aurait peut-être pas agi sans être réveillé par les excès alcool-absinthiques. — Remarquer le début par épilepsie partielle, devenue complète depuis, et l'importance de la prédisposition héréditaire (mère convulsive et alcoolique; hérédité congestive bilatérale).

OBSERVATION VIII. — J... (Edouard), quarante-deux ans, plumassier. Entré le 16 septembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Grands-pères

morts à soixante-seize ans. Mère morte à cinquante-neuf ans, très irascible et méehante, blessait ses enfants en les battant; aveugle pendant trois ans, après une « congestion cérébrale ». Grand'mère morte à quarante-sept ans, hydropique. Vingt frères et sœurs (dix-neuf plus âgés), dont seize morts (plusieurs en bas âge; d'autres de la poitrine); une sœur, de trente-neuf ans, rachitique et très irascible, a eu des convulsions en bas âge; la mère a eu plusieurs grossesses bi et trigémellaires, mais il n'est pas parmi les jumeaux.

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère âgée, et qui allaitait en même temps un autre nourrisson; a beaucoup souffert dans son enfance quoique bien portant; évolution normale de la propreté, la dentition, la parole et l'intelligence. A toujours un peu toussé; rougeole dans l'enfance, convulsions à sept ans. Instruction très élémentaire; après quelques mois d'apprentissage dans les papiers peints, est resté trente ans plumassier dans la même maison. Jamais soldat, sauf pendant la guerre. Quoique buvant peu relativement (un ou deux verres de café tous les jours, 1 litre 1/2 de vin, pas d'aleool ni d'apéritifs, sauf deux verres d'absinthe dans les dernières semaines), il était souvent ivre, et avait le vin triste (rêvait qu'on le tuait). Marié à vingt-six ans (deux enfants).

Histoire de la maladie. — Mordu par un chien enragé, il y a huit ans, en même temps que son enfant, il en conçut un grand chagrin, devient mal portant, souffre beaucoup de la main, et, dix-huit mois plus tard, vomit le sang pendant six semaines; puis commence à avoir des étourdissements (pareils accidents surviennent cinq ans plus tard à son enfant). Quatre ans après, il se met un jour à marcher rapidement, en ligne droite, sans savoir où il va, pâlit, et ne se réveille qu'au bout de cinq minutes; se rappelant seulement qu'au début du vertige, il avait senti « comme une odeur lui monter à la tête ». Ces étourdissements ont continué plusieurs fois par semaine, d'abord en partie conscients (aura), puis complètement inconscients; pendant ses vertiges, crispations du côté droit. Début des attaques il y a deux ans, elles ont augmenté progressivement de fréquence (plusieurs attaques par semaine, et par jour).

État à l'asile. — Devenu apathique; démenée évoluant rapidement; perte de la mémoire; eroit, depuis un an, qu'on lui jette de la poussière, du plomb, et a de fréquentes céphalées. Superstitieux et peureux (erainte des rêves, des morts); frigidité sexuelle depuis deux ans.

Description d'une attaque (durée dix minutes): aura (malaise, constriction épigastrique); puis tire plusieurs fois la langue, la mordait d'abord; tombe sans se garer (s'est plusieurs fois blessé, cassé des dents); devient violet; urine souvent involontairement (surtout la nuit); convulsions toniques et cloniques, etc.

Évolution. — Attaques de plus en plus fréquentes, et mort en état de mal six semaines après son entrée; l'autopsie n'a pu être faite.

RÉFLEXIONS. — Est-ce de l'épilepsie vraie? la marche progressive et rapide, les troubles mentaux coexistants, la mort en état de mal, peuvent faire penser à une lésion organique du cerveau. Noter la prédisposition héréditaire. L'action de l'alcoolisme et de la rage semble discutable.

OBSERVATION IX. — Lo... (Emile), quarante ans; raffineur; entré le 21 août 1893.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mort cardiaque, facilement irascible. Plusieurs oncles également morts cardiaques. Mère morte à vingt-trois ans. Cinq frères et sœurs (de père), sur sept, morts en bas âge. Pas de convulsifs ou d'aliénés dans la famille. Un enfant mort à trois ans, de convulsions.

Antécédents personnels. — Elevé en nourrice, puis, de trois à quatre ans, chez sa marraine. A l'école (jusqu'à douze ans), apprend difficilement à lire et écrire (s'est perfectionné depuis). Successivement employé dans une fabrique de dés à eoudre, mouleur, pompier, homme de peine, garçon marchand de vins (ne buvait pas, jure-t-il), il se marie à vingt-six ans, est veuf à vingt-neuf. Etant ivre, il s'engage dans la légion étrangère, passe vingt-cinq mois au Tonkin, y contracte, à trente-sept ans, des fièvres intermittentes (revenant irrégulièrement), vient en Algérie, où les fièvres le reprennent tous les vingt jours, et sont moins fortes; et enfin, libéré du service militaire, se fait ouvrier raffineur (trois accès de fièvre en cinq mois). Incontinence nocturne d'urine dans l'enfance. Puberté et onanisme fréquent à treize ans et demi; habitudes alcooliques (vin, une ou deux absinthes par jour, beaucoup d'absinthe en Algérie).

Histoire de la maladie. — Supporte beaucoup plus mal la boisson depuis qu'il a les fièvres paludiques. Le 16 août 1893,

une heure après avoir pris une absinthe pendant un accès de fièvre, il perd la mémoire, et se retrouve à Lariboisière, où on lui raconte qu'il a eu une attaque d'épilepsie, et a tenté de se couper la gorge avec le couteau d'un camarade. Interné alors, il a, depuis, une attaque épileptique classique tous les mois; pas de vertiges. Dépression mélancolique.

Traitement par le bromure de potassium.

RÉFLEXIONS. — Épilepsie classique survenue à l'occasion d'un accès paludique chez un alcoolique; noter le défaut de résistance aux alcools survenu depuis qu'il est impaludique. **Prédisposition** héréditaire difficile à éclaircir, faute de renseignements; remarquer pourtant le nervosisme du père, les cinq frères morts en bas âge, l'incontinence infantile d'urine du malade et les convulsions de son enfant, survenues quand le malade n'était encore ni impaludique ni alcoolique, 15 ans avant son épilepsie.

OBSERVATION X. — Lu... (Jules), trente-six ans; charretier. Traité du 17 septembre 1891 au 14 février 1892, et à partir du 4 juillet 1892.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, irascible, âgé de cinquante-cinq ans quand naquit cet enfant; mort après avoir été douze ans aveugle. Mère irascible, a eu l'enfant à quarante-sept ans. Deux sœurs (une très nerveuse). Onze enfants (un mort brusquement, à cinq ans; un mort de méningite).

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère; marche à treize mois; va à l'école de sept à douze ans (sait lire, écrire et compter). Ouvrier en colle, puis charretier. Buvait par jour quatre petits verres d'alcool, un ou deux apéritifs, 1 litre 1/2 de vin; après trente-deux ans, les excès augmentent (ivre trois fois par semaine). Marié à dix-neuf ans.

Histoire de la maladie. — Première attaque en 1893, étant fortement ivre (maux de tête, chute par terre inconsciente, etc.; durée dix minutes). Envoyé de Bichat à Ville-Evrard, il y reste trois mois, puis, sorti, recommence à boire (vin seulement), et a de nouveaux étourdissements, dont deux seulement suivis de chute.

État actuel. — Alcoolisme chronique (pituites, cauchemars, zoopsie, tremblement des doigts dans le mois qui suivit son entrée). Pas d'attaques depuis treize mois. Stigmates de dégénérescence (pas de sentiment de famille; lobule de l'oreille un peu adhérent; prognathisme maxillaire supérieur).

Réflexions. — Épilepsie alcoolique affirmée par les certificats (nous n'avons pu, malheureusement observer d'attaques). Remarquer le nervosisme de la famille, l'âge avancé et l'alcoolisme des parents, la mort d'un enfant par méningite.

OBSERVATION XI. — M... (Eugène), cinquante-neuf ans; journalier. Traité du 16 novembre 1879 au 21 mars 1880; du 3 janvier au 22 avril 1882; du 6 janvier au 1^{er} mai 1885; du 22 mai au 2 septembre 1885 et à partir du 7 août 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à cinquante-deux ans, d'alcoolisme. Un oncle s'est suicidé. Mère morte, à trente ans, d'apoplexie; très émotive. Grand'mère morte âgée, gâteuse, ramollie. Oncle alcoolique, très irascible. Tante un peu irascible et émotive, morte gâteuse et paralysée (depuis plusieurs années, vers cinquante ans). Famille très religieuse en général. Deux sœurs mortes en bas âge. Une autre à cinquante ans, les membres tordus (atrophie musculaire progressive?). Une autre de la poitrine, à dix-huit ans. Un frère mort à quarante ans, alcoolique, émotif, très irascible. Un enfant (sur quatre) mort; deux autres très nerveux, parmi lesquels une fille avait des attaques de nerfs et voulait se faire religieuse.

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère. Développement tardif de l'intelligence; excentrique (jusqu'à douze ans on l'appelait le fou). Sort de l'école à quatorze ans, sachant lire, écrire et compter; reste six ans garde-barrière; se marie à vingt et un ans (mésaventures conjugales), devient boulanger-pâtissier. Il quitte bientôt sa femme, avec qui il ne peut plus s'entendre, lui laissant tout ce qu'il possédait; un an mécanicien à Fives-Lille; puis boulanger à Paris, terrassier; chauffeur de machines, puis homme de peine, il se fait renvoyer de ces deux dernières places pour excès de boissons. Enfin, il est successivement concierge, jardinier, emballer. Onanisme effréné de quatorze à vingt ans. A l'un de ses premiers coïts (à vingt ans), il contracte la syphilis (chancre, syphilitides cutanées et muqueuses, gommès aux jambes) : cet accident

l'a rendu très hypocondriaque et mélancolique (consultait les médecins, même guéri). A commencé à boire à vingt-sept ans à la suite de contrariétés (bière, genièvre et parfois du vin), et, depuis, boit quand il est contrarié; a l'ivresse batailleuse et pleurarde. Ne peut plus supporter l'alcool depuis une vingtaine d'années, à cause des fièvres intermittentes. Celles-ci ont débuté à vingt ans, revenant tous les automnes; traitées par la quinine, elles n'auraient pas reparu depuis trente ans, mais sont remplacées par des bourdonnements d'oreille, des étourdissements, des sueurs profuses. Il a eu le choléra à trente-deux ans, et la variole à trente-sept.

Histoire de la maladie. — Début à trente-deux ans, à la suite de pertes d'argent et de violents chagrins domestiques, à l'époque de réapparition des phénomènes paludiques: étourdissement, va acheter du poison chez le pharmacien (croit avoir tué un homme), et reste cinq jours inconscient, ayant oublié son nom et son adresse. Après un séjour à Sainte-Anne, il continue à avoir des cauchemars, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des vertiges inconscients.

Etat actuel. — Affaiblissement des facultés, dépression; gâtisme fréquent; miction involontaire (vertiges). Pas d'attaques pendant ses cinq placements (parce qu'il cesse alors de s'alcooliser). Alcoolisme chronique.

Nombreux syndromes épisodiques des dégénérés; caractère très bizarre dès l'enfance; hypocondrie avec idées et tentatives de suicide. Obsessions intellectuelles angoissantes (croit qu'il va trouver de l'argent sur son chemin; désire ne pas exister réellement). Caractère très impressionnable; grande instabilité mentale. Manie des dons inconsiderés et des achats inutiles. Terreurs nocturnes, excessive émotivité. Zoophobie (fourmis, araignées); agoraphobie.

RÉFLEXIONS. — Alcoolisme, syphilis ou impaludisme, à laquelle de ces trois causes est due l'épilepsie? D'un côté, il ne semble pas avoir eu d'attaques en dehors des excès éthyliques; de l'autre, le début au moment de la réapparition des phénomènes paludiques et la date de ses internements indiquent l'importance de l'impaludisme. La syphilis a pu également contribuer à désorganiser le cerveau. Noter les lourdes tares héréditaires.

OBSERVATION XII. — N... (Louis), blanchisseur, quarante-neuf ans. Entré le 10 avril 1893.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort brusquement à quarante-sept ans. Grand-père mort à quatre-vingt-dix-sept ans; grand-mère à soixante-dix-neuf ans. Mère nerveuse morte il y a trois ans. Grand-père mort à quatre-vingt-sept ans; grand-mère à soixante-neuf ans. Une sœur morte de la poitrine, deux en bonne santé.

Antécédents personnels. — Allaité par sa mère. Parole, marche et propreté tardives (urinait encore sous lui à neuf ans). Va à l'école jusqu'à treize ans (instruction élémentaire); successivement peintre en bâtiments (quelques coliques) et sommelier, fait son service militaire pendant sept ans et devient maréchal des logis. Travaille chez un marchand de vin, se marie (fille âgée de dix-huit ans) et devient blanchisseur. Impétigo dans l'enfance; variole à vingt ans; dysenterie à vingt-six (en 1870). Cette même année, à la suite de souffrances prolongées et de refroidissements, il a contracté une bronchite suspecte; il a reçu à la même époque un coup de lance dans la poitrine et un coup de sabre sur la tête. En 1874, un coup de pied de cheval lui a fracturé le maxillaire inférieur; il s'est mis à boire beaucoup (absinthe tous les jours, vin blanc). Rhumatisme à trente-quatre ans.

Histoire de la maladie. — Premiers vertiges à trente-quatre ans, trois années après les premiers excès d'alcool; il se jette dans la Marne en plein hiver, étant ivre. D'autres fois, il crie très haut, dans la rue, « Vive Napoléon ! » ou « Les marchands de vin sont des assassins ». Plusieurs attaques, depuis, à l'occasion d'accès alcooliques.

Etat actuel. — Pas d'attaques ni de vertiges depuis plusieurs mois (suppression des excès alcooliques). Stigmata de dégénérescence (caractère indiscipliné; oreilles immenses avec lobule très développé).

RÉFLEXIONS. — Les actes bizarres rapportés plus haut pourraient être attribués tout simplement à l'ivresse; mais, d'après ce que raconte le malade, nous croyons plutôt à des vertiges; nous ne pouvons davantage affirmer qu'il ait eu des attaques, n'en ayant pas constaté. Mais l'épilepsie est affirmée par les certificats comme coexistant avec l'alcoolisme; il est évident qu'elle se

manifeste à la suite d'excès alcooliques et absinthiques chez un sujet qui a eu deux traumatismes à la tête dans les huit années précédentes et est prédisposé par l'hérédité.

OBSERVATION XIII. — T... (Félix), quarante ans; interné quatre fois, la dernière le 19 mai 1893.

Antécédents héréditaires. — Père irascible, alcoolique; âgé de cinquante-trois ans quand naquit cet enfant; mort à soixante-quatorze ans, d'une fluxion de poitrine. Oncle irascible, alcoolique, mort subitement d'apoplexie. Un autre oncle, irascible, très alcoolique, buvait jusqu'à 20 absinthes par jour. Une tante très religieuse. Mère âgée de quarante ans quand il naquit; morte depuis à la suite d'une peur. Une sœur prostituée et alcoolique. Un frère plus âgé est devenu sourd-muet à treize ans, après une vive émotion.

Antécédents personnels. — Elevé en nourrice, au biberon, il était rachitique dans l'enfance, n'a marché qu'à quatre ans, a parlé tardivement et a eu des convulsions infantiles. Rougeole à sept ans; fièvre typhoïde à vingt-six ans; seiatique à trente et un ans. A commencé à naviguer à treize ans, et a contracté les fièvres intermittentes à seize, dans la traversée de Marseille à la Martinique (accès à type tierce, ayant duré deux ans sans interruption). Deux ans après, nouvel accès à Paris (huit ou dix accès de vingt à vingt-deux ans). Depuis, ils se reproduisent deux ou trois fois par an et durent de huit à quinze jours. Il a commencé à s'alcooliser à partir de vingt et un ans (un quart de litre d'absinthe par jour pendant quatre ans; même depuis l'âge de vingt-sept ans, quoique ne buvant plus d'absinthe, il absorbe encore 2 litres et demi de vin par jour).

Histoire de la maladie. — La première attaque d'épilepsie est survenue en novembre 1887, à trente-quatre ans, immédiatement après s'être jeté à la Seine et avoir failli se noyer en voulant sauver un homme. Envoyé à Sainte-Anne, puis à Bicêtre, il y a de nombreuses attaques d'épilepsie en trois mois et demi, et en sort sur sa demande. Pendant les deux années qui suivent, il a eu des accès de fièvre et des attaques d'épilepsie, plus fréquentes au moment des fièvres. Depuis, a été interné trois fois, toujours en mai (époque, avec novembre, où reviennent les accès de fièvre).

Etat actuel. — Trois attaques à son arrivée; reviennent

presque uniquement en mai (douze ou treize en vingt-quatre heures); reste malade quatre ou cinq jours après chaque attaque. Stigmates de dégénérescence (caractère très indiscipliné; peu de sentiment de famille; rit en voyant des choses tristes, et réciproquement). Palais élevé, un peu ogival.

RÉFLEXIONS. — Dégénérescence très accentuée, hérédité très chargée. Coexistence des accès palindiques et comitiaux. Alcoolisme très marqué, ayant pu favoriser beaucoup la production de l'épilepsie; mais les attaques reviennent, alors que, depuis dix ans, le malade ne boit plus d'absinthe. Noter qu'il eut jadis des convulsions infantiles.

OBSERVATION XIV. — Ve... (Nicolas), cinquante ans; homme de peinc. Traité du 13 janvier au 26 février 1886, du 12 juillet au 31 août 1892, et à partir du 31 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Père irascible. Aïeul mort à cent sept ans; mère morte à cinquante-trois ans. Oncle et frère morts de dysenterie.

Antécédents personnels. — Elevé au sein. Reçoit jusqu'à quatorze ans une bonne instruction primaire. Successivement garçon marchand de vins, garçon de café, et finalement, porteur aux halles. Marié à trente-huit ans (deux enfants morts à dix-huit et treize mois). Rougeole dans l'enfance. Alcoolisme à partir de vingt ans (bière, alcool, huit à dix absinthes par jour depuis vingt-cinq ans). Un coup de pied de cheval dans la tête à treize ans. A trente-six ans, il a fait une chute sur la tête en portant une lourde charge (fracture du crâne), et a été trépané le lendemain: un mois plus tard, il faisait une chute d'une hauteur de six étages, dit-il (vertige?). Les attaques ont commencé alors.

Etat actuel. — Attaques très rares; pas de vertiges cette année; périodes de stupeur pendant plusieurs jours. Affaiblissement de l'intelligence (surtout mémoire). Dyslalie (paralysie des lèvres). Signes de dégénérescence physique et psychique.

RÉFLEXIONS. — Il semble que ce soit une épilepsie traumatique développée sur un terrain profondément alcoolisé et absinthique, et cessant avec les excès alcoo-

liques. Il est regrettable que nous n'ayons pu avoir une description des attaques pour savoir si elles sont partielles ou ressemblent à l'épilepsie franche. La difficulté de la parole, l'hémiplégie faciale légère semblent dues au traumatisme ; l'affaiblissement des facultés tient en même temps à l'alcoolisme. En l'absence d'autres renseignements, la prédisposition héréditaire semble démontrée par les stigmates de dégénérescence, les deux enfants morts en bas âge, le père très irascible, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 AVRIL 1895.

Présidence de M. MOREAU (DE TOURS)

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Roubinovitch remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre titulaire ;

2° Une lettre de M. Trenel sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. Dagonet, Legrain et Briand, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Pierson, sollicitant le titre de membre associé étranger. Commission : MM. Bonche-
reau, Falret et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un ouvrage de M. Guérin, intitulé : *Du rôle de l'intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes dans la paralysie générale*. — M. Sérieux est chargé de rendre compte de ce travail ;

2° Le *Bulletin de la Société française de tempérance*, n° 1 et 2 de l'année 1895 ;

3° Les numéros d'avril des *Annales de psychiatrie* et de la *Revue de l'hypnotisme*.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. CHASLIN. — Messieurs, je viens vous exposer le résultat des délibérations de la Commission du prix

Moreau (de Tours), composée de MM. Ballet, Christian, Garnier, Moreau (de Tours) et Chaslin. Cinq thèses ont été soumises au jugement de la Commission. Toutes présentaient des faits bien observés et paraissaient être le résultat d'un grand travail; mais deux d'entre elles ont particulièrement attiré l'attention de la Commission : ce sont celles de M. Maupaté (*Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant*) et de M. Hannion (*De la confusion mentale*). La première a pour but de rechercher si chez les enfants aliénés criminels il existe, comme chez l'adulte, suivant l'hypothèse de Lombroso, des anomalies physiques particulières pouvant être considérées comme la marque même de la criminalité. Ces recherches, qui ont exigé un labeur considérable et un soin extrême, ont été exécutées sur soixante-cinq enfants ou adolescents criminels de la colonie de Vaucluse, dont l'âge varie de sept à vingt et un ans; comme terme de comparaison, quarante individus de même âge ont été pris au hasard dans le même service d'aliénés. Ce sont ces observations rigoureusement personnelles qui constituent la base d'une longue statistique qui vient une fois de plus montrer qu'il n'y a pas de stigmates caractéristiques du criminel. Aussi les conclusions de la thèse sont-elles plutôt négatives : il n'y a pas de type du criminel. Dans l'aspect du criminel, dit M. Maupaté, il faut tenir compte des sentiments que reflète sa physionomie, de la race à laquelle il appartient, de son degré de dégénérescence. Les enfants à mauvais instincts, que l'auteur a examinés, sont des dégénérés; mais cette dégénérescence n'est pas en rapport avec le degré de criminalité et elle est semblable à celle des enfants aliénés et honnêtes. En mettant à part un certain nombre de points sur lesquels on pourrait faire des critiques justifiées, mais hors de place ici, cette thèse présente un ensemble très satisfaisant, mais qui n'a qu'une portée restreinte et qu'il est difficile de considérer comme pouvant mener ultérieurement à de nouveaux travaux dans une même direction.

La thèse de M. Hannion sur la confusion mentale a paru à la Commission représenter un ordre d'idées ayant peut-être une portée un peu plus grande que la précédente. La confusion mentale, comme on le sait, très

bien étudiée autrefois, en France, entre autres, par Delasiauve, a de nouveau attiré l'attention depuis quelque temps. Son étude est partout à l'ordre du jour dans tous les pays, depuis la Norvège jusqu'à l'Amérique; c'est donc un sujet d'actualité sur lequel M. Hannion a voulu se faire une opinion. Il a eu l'occasion d'examiner quatre femmes malades « dont la bizarrerie nous a paru, dit-il, capable d'embarrasser le diagnostic. » C'est sur les observations très longues, très étudiées de ces malades que repose tout le travail.

La Commission a été particulièrement frappée du soin avec lequel les patientes ont été examinées. Bien que, pour l'une d'entre elles, on puisse peut-être émettre un doute sur la nature même du trouble mental, ces observations ont permis à M. Hannion d'établir à son tour un cadre clinique d'une des formes de la confusion; car, pour le dire en passant, les confus présentent souvent des symptômes d'ordre physique, bien plus accentués que M. Hannion n'a eu l'occasion de l'observer. Après son exposé clinique, l'auteur a cherché à différencier la confusion des autres formes d'aliénation; car il admet qu'elle a droit à une existence indépendante, non pas comme entité morbide, mais en tant que formule clinique symptomatique au même titre que la manie ou la mélancolie. Mais, très prudemment, M. Hannion a laissé de côté les discussions sur l'étiologie et la pathogénie pour se borner à ce point de vue purement clinique.

Cette thèse a exigé de la part de son auteur un travail approfondi, et si, comme toutes les thèses en général, elle n'offre pas des aperçus très originaux, elle porte tout au moins sur un sujet sur lequel il y a encore beaucoup à faire. Elle a donc paru à la Commission fournir une contribution utile à l'étude de la confusion mentale (je n'ajoute pas primitive, malgré les bonnes raisons que je pourrais avoir, afin d'employer la terminologie même de M. Hannion); elle a paru révéler des qualités réelles d'observation et par suite mériter, elle aussi, d'être distinguée; mais de plus, elle a sur le travail de M. Maupaté cet avantage d'apporter un résultat positif, tandis que, comme je l'ai déjà dit, le résultat obtenu par ce dernier, malgré tout son mérite, était un peu un résultat négatif, prévu, d'ailleurs, à l'avance, après tous les tra-

vauX qui ont été faits contre l'hypothèse de Lombroso.

Votre Commission a donc mis en première ligne M. Hannion, auquel elle propose d'accorder le prix, et, en seconde ligue M. Maupaté qui mérite, suivant son opinion, une mention très honorable. Telles sont les propositions que nous vous demandons de vouloir bien accepter.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées : M. HANNION est nommé lauréat du prix Moreau (de Tours) ; M. MAUPATÉ obtient une mention très honorable.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. P. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et P. Sérienx, rapporteur, à l'effet de vous présenter un rapport sur le mémoire proposé pour le prix Esquirol. Ce mémoire, intitulé : *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes*, se compose de deux parties consacrées, la première à l'historique de la question, la seconde à l'exposé de recherches cliniques personnelles.

L'auteur rappelle que, méconnue par Duchenne de Boulogne, l'existence de troubles psychiques au cours du tabes dorsalis fut mise en évidence par Baillarger (1862), par Westphal (1863), par Topinard (1864), par Eulenburg (1866). Il consacre un certain nombre de pages aux travaux de Rey (1875), de Rougier (1882), de Neebe (1885), de Pierret (1892), ainsi qu'à la discussion de la Société médicale des hôpitaux sur les rapports du tabes et de la paralysie générale, rapports depuis longtemps signalés par Westphal et Magnan. L'auteur expose les conceptions émises par M. Pierret touchant le délire de persécution tabétique et les troubles mentaux du tabès moteur ; il rappelle les conclusions de Neebe, pour qui le tabes provoque les psychoses soit par les troubles de la nutrition générale qu'il détermine, soit par irritation, soit enfin par les fausses sensations auxquelles il donne lieu.

Dans ce chapitre, très documenté, nous trouvons reproduites les observations les plus caractéristiques publiées jusqu'à ce jour en France et en Allemagne.

L'auteur les classe, en fait la critique et montre que les troubles mentaux des tabétiques, ne présentent, quoi qu'on en ait dit, rien de caractéristique. Les symptômes psychiques observés paraissent en effet relever dans un grand nombre de cas de la paralysie générale; parfois aussi, le tabes coexiste avec des psychoses simples; il peut même, dans certains cas, les provoquer.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur nous donne le résultat de ses recherches personnelles: il a pu recueillir, dans deux services d'aliénés d'hommes et de femmes, le chiffre considérable de 21 observations de tabétiques ayant présenté des troubles mentaux. L'auteur n'a pas seulement en la bonne fortune de rassembler un nombre relativement élevé de faits assez rares; il a eu aussi le mérite de nous présenter des documents cliniques soigneusement élaborés, qu'il a su interpréter d'une façon judicieuse.

Un premier point est d'abord mis en relief, à savoir la fréquence des cas dans lesquels la paralysie générale doit être incriminée comme cause des troubles psychiques. En effet, sur 21 malades (13 hommes, 8 femmes), chez quatre d'entre eux seulement l'hypothèse de l'existence de l'encéphalite interstitielle a pu être écartée sans hésitation. Des 17 cas restants, l'association de la paralysie générale au tabes est démontrée pour 12, dont deux suivis d'autopsie. Dans cinq cas, le diagnostic est resté incertain; cependant quelques signes plaident en faveur de la démence paralytique.

Pour ce qui est des douze cas de tabes avec paralysie générale, presque toujours cette dernière affection a suivi l'apparition des symptômes de la sclérose des cordons postérieurs; dans un cas seulement, la marche inverse a été observée. L'existence du tabes donne-t-elle aux manifestations délirantes du paralytique un caractère particulier? L'auteur n'ose point se prononcer catégoriquement. Chez plusieurs malades, rien dans la nature du délire ou dans la façon dont il est formulé, ne paraît pouvoir être rattaché au tabes associé: ce sont par exemple des idées de grandeur banales, avec un état plus ou moins accusé de démence. Chez d'autres, au contraire, on note des idées de persécution, des tendances mélancoliques qui donnent à penser que les

symptômes propres de l'affection médullaire, tels que les douleurs fulgurantes, les crises viscérales, les troubles variés de la sensibilité générale et spéciale (pares-thésies, anesthésies, etc.), ont pu intervenir dans la spécialisation des aptitudes délirantes du paralytique. Une observation, par exemple, nous montre un malade présentant des tendances au suicide ainsi que des idées de négation : le patient prétend que rien n'existe, qu'il n'a ni bouche, ni menton, etc. Or, nous trouvons notées l'existence de plaques d'analgésie et de thermo-anesthésie, la perte du sens musculaire. D'autres paralytiques, cités par l'auteur, se plaignent qu'on leur brûle les jambes, qu'on cherche à les empoisonner, qu'on leur donne des aliments ayant un goût de terre, etc.

Cependant, même chez des paralytiques présentant des idées de persécution, il arrive qu'on ne puisse considérer ces dernières comme provoquées par les symptômes du tabes coexistant : c'est du moins la conclusion qui ressort de la lecture d'une des observations. Il s'agit d'un héréditaire dégénéré qui devient tabétique, puis paralytique général et chez lequel se produit un délire de persécution à tendance systématique dont les interprétations délirantes, les troubles sensoriels n'empruntent rien aux manifestations de nature médullaire. L'auteur voit, dans ce délire de persécution, une psychose indépendante du tabes et imputable, en partie au moins, à la tare dégénérative du sujet.

Les malades classés dans le groupe des cas litigieux présentent la plupart un état d'affaiblissement psychique ; les signes physiques de la paralysie générale font cependant défaut. S'agit-il là d'une forme spéciale, d'un état de démence tabétique, comme certains ont pensé pouvoir l'admettre ? L'auteur ne le pense pas, et considérerait plus volontiers ces sujets comme des paralytiques généraux au début.

Nous arrivons aux cas dans lesquels il s'agit de la coexistence avec le tabes d'une psychose simple. Chez les quatre malades qui constituent ce groupe l'auteur note l'existence de tares héréditaires psychopathiques, de névroses convulsives, d'intoxications. Chez de pareils prédisposés, y a-t-il lieu de s'étonner si les douleurs violentes, les troubles de la sensibilité du tabes finis-

sent par provoquer des symptômes psychiques, et plus particulièrement des illusions sensorielles, des interprétations délirantes, des idées de persécution, des craintes d'empoisonnement, des réactions mélancoliques? On s'explique également que, dans les cas où la psychose a précédé l'apparition du tabes, les troubles médullaires puissent éveiller certains symptômes délirants spéciaux. Une observation est très démonstrative au point de vue du rôle des troubles de la sensibilité; on voit les crises viscérales, les vomissements, les troubles auditifs, les symptômes urinaires, les troubles trophiques du tabes, provoquer et alimenter un délire de persécution.

En outre de ces manifestations délirantes spéciales, on peut rencontrer chez les tabétiques des psychoses ayant débuté antérieurement à l'affection médullaire ou au cours de celle-ci, mais qui paraissent être complètement indépendantes de l'ataxie locomotrice, coexistent simplement avec cette maladie, et n'en sont point influencées.

De la critique à laquelle il soumet les différentes observations où le tabes s'associe à un état vésanique, ainsi que celles où l'affection médullaire se complique d'une lésion organique du cerveau, l'auteur conclut qu'on ne saurait admettre comme démontrée l'existence d'une psychose tabétique, d'un délire de persécution tabétique. L'apparition de troubles psychiques chez un ataxique doit le plus souvent faire redouter le début de la paralysie générale. Cette dernière affection paraît-elle devoir être écartée, c'est la dégénérescence mentale, l'hystérie, l'épilepsie qui peuvent être incriminées. L'action de ces facteurs étiologiques s'exerce avec d'autant plus d'efficacité que la syphilis, l'alcoolisme ont souvent préparé le terrain, enfin que les symptômes douloureux du tabes viennent encore diminuer la résistance cérébrale du sujet.

Ce résumé ne donne qu'une idée imparfaite de la valeur du mémoire proposé pour le prix Esquirol, mémoire qui constitue une monographie très consciencieuse des troubles psychiques des tabétiques. L'auteur y montre une connaissance approfondie des littératures française et étrangère; il fournit des documents jusqu'alors inédits en langue française, et met au point une

question intéressante entre toutes. Mais son travail n'est point œuvre de pure érudition. Désireux de contribuer à éclaircir certains points en discussion, il nous apporte un grand nombre d'observations personnelles, d'autant plus précieuses que les cas de ce genre ne sont point très fréquents. Si nous ajoutons, messieurs, que les matériaux empruntés aux auteurs, aussi bien que les observations originales, sont l'objet d'une critique éclairée ; que l'auteur a su éviter les hypothèses et les théories, et rester sur le terrain de l'observation clinique, vous penserez sans doute, avec votre Commission, que ce mémoire sur les troubles mentaux dans le tabes est digne, à tous les points de vue, d'être récompensé par la Société, et vous lui décernerez le prix Esquirol.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées ; le prix Esquirol est décerné au mémoire envoyé qui a pour auteur MM. ANDRÉ ANTHEAUME et MAURICE ISCOVESCO, internes de l'asile de Villejuif.

Rapport de la Commission du Prix Belhomme.

M. P. SOLLIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Jules Voisin, Bourneville, Rouillard et Sollier, rapporteur, pour examiner les mémoires qui avaient été envoyés à notre Société pour concourir au prix Belhomme. Le sujet proposé était, vous vous le rappelez : Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie (arriérés, débiles, imbéciles, idiots). Deux mémoires nous ont été adressés.

Le mémoire n° 1 porte comme épigraphe : « Pour développer l'intelligence, il faut commencer par développer les sens. » Cette pensée empruntée au livre de Séguin et renouvelée de Condillac indique immédiatement dans quel ordre d'idées l'ouvrage a été conçu. « L'hygiène et l'éducation des idiots, imbéciles et arriérés se ramène à les adapter au milieu social... Ce n'est pas là une œuvre de philanthropie simple, c'est de la défense sociale bien entendue, » dit l'auteur dès le début de son travail, nous montrant par là que le but qu'il se propose est essentiellement pratique et utilitaire. Il divise dès lors cette adaptation au milieu ambiant en deux

stades, l'adaptation physique et l'adaptation morale. Passant en revue les différents appareils, il en montre le mauvais fonctionnement et indique les moyens de développer ce fonctionnement, d'abord pour les organes de la vie végétative, et ensuite pour les différents appareils de la vie de relation, pour la sensibilité générale et les sens spéciaux. Mais dans tous ces chapitres, l'auteur paraît un peu perdre de vue l'objet proposé, à savoir le traitement hygiénique et pédagogique. L'analyse des déficiences fonctionnelles des idiots occupe la place la plus importante, et ce n'est en quelque sorte qu'accessoirement que sont indiquées les déductions qui en découlent au point de vue thérapeutique et pédagogique. La question du développement intellectuel et surtout du développement moral est à peine ébauchée. Les procédés employés pour le développement des sens sont simplement signalés, sans entrer dans les détails, cependant nécessaires, de leur mise en œuvre. L'auteur, trop fidèle à l'épigraphe mise en tête de son travail, a oublié de nous montrer comment on devait s'y prendre pour développer le jugement, le raisonnement, la mémoire, le pouvoir d'abstraction, l'association des idées, etc., chez les idiots. Le côté médical et hygiénique est presque seul abordé ; tout le côté pédagogique et psychologique est à peu près laissé de côté. Le principal reproche à adresser à ce mémoire, qui témoigne du reste de connaissances assez étendues, d'idées personnelles et pratiques de son auteur, c'est d'être incomplet, et un peu superficiellement traité, et d'avoir trop laissé dans l'ombre une partie de la question proposée.

Le mémoire n° 2 porte comme épigraphe : « Tout idiot est éduicable selon son degré d'idiotie. » Nous voyons tout de suite que le point de vue pédagogique, négligé dans le mémoire précédent, va occuper la première place dans celui-ci. Et en effet, si l'auteur du premier était trop exclusivement médecin, l'auteur du second est peut-être trop exclusivement pédagogique. Ce travail est néanmoins extrêmement complet et l'on y sent la main d'un homme qui a observé par lui-même tout ce qu'il décrit, d'un homme très expérimenté, ayant pratiqué lui-même l'éducation des idiots, et appliqué

personnellement les différents procédés dont il parle. Du reste il a eu soin de joindre à son exposé théorique et didactique des cahiers scolaires montrant le développement parallèle de l'instruction, et par là même de l'intelligence, avec le développement physique des sujets dont il nous donne un certain nombre de photographies. Ce sont là des exemples concrets qui précisent, mieux que toutes les explications, les résultats qu'on peut attendre des méthodes préconisées. Nous ne pouvons entrer dans une analyse détaillée de ce travail, qui, nous l'espérons, aura une autre publicité que celle-ci. L'énumération des chapitres qu'il contient suffira pour donner une idée de son importance et de l'intérêt qu'il présente. L'auteur établit tout d'abord (chap. I) les devoirs de la société à l'égard des idiots, et comme corollaire il fait un exposé historique très complet (chap. II) de l'assistance et du traitement des idiots en France, qu'il divise en trois périodes : la première va de la création de l'hôpital général au XVII^e siècle à Itard (1801), c'est la période d'hospitalisation ; la seconde est marquée par les noms d'Itard, d'Esquirol, de Belhomme, de Ferrus, de Falret, de Félix Voisin ; la troisième enfin est occupée par les travaux de Séguin, Delasiauve et Bourneville.

Comme définition de l'idiotie, l'auteur adopte celle de M. Bourneville, et comme classification propose celle que contenait le texte même de la question admise au concours, à savoir : les arriérés, les débiles, les imbeciles et les idiots proprement dits. Il est possible qu'au point de vue pédagogique cette division soit acceptable et pratique ; mais je ne la crois pas exacte au point de vue nosographique, non plus qu'au point de vue psychologique cette définition de l'idiot : un être qui ne peut pas agir, qui ne sait pas comprendre, et qui ne peut pas et ne sait pas vouloir (chap. III). Partisan de l'éducation collective, l'auteur pense avec raison que c'est dans des établissements spéciaux, organisés en vue des méthodes spéciales à leur appliquer, que doivent être placés les idiots, et que plus tôt on commence leur traitement, plus on a de chance de le mener à bien (chap. IV). Mais par où faut-il commencer ce traitement médico-pédagogique ? Avant de répondre à cette question, l'an-

tenr examine dans le chapitre V l'état actuel de l'idiot au point de vue physique, physiologique, instinctif, psychologique et moral. Il ne le décrit pas, mais se borne à un questionnaire, à un plan d'examen clinique et psychologique de l'idiot, analogue à celui qu'avait publié autrefois Félix Voisin. Ces différents points de vue sont successivement examinés dans les chapitres suivants. L'éducation physiologique y tient une grande place. C'est tout d'abord l'hygiène et l'éducation des fonctions digestive, respiratoire et circulatoire (chap. VI). Puis c'est l'éducation (chap. VII) du système musculaire : station, locomotion, préhension.

Enfin, c'est à l'éducation des organes des sens qu'est consacré le chapitre VIII, qui est avec le précédent un des plus importants. L'auteur entre dans le détail de tous les procédés ingénieux mis en œuvre pour développer l'idiot, et a eu soin de joindre à ses descriptions, d'ailleurs fort claires, des planches explicatives très démonstratives. L'éducation de la parole (chap. IX) fait l'objet d'un chapitre spécial en raison de son importance. On peut reprocher à l'auteur d'avoir trop exclusivement mis en vue les troubles d'articulation de la parole et d'avoir laissé de côté les troubles de la fonction même du langage. C'est un des chapitres où l'on sent le plus le défaut d'esprit médical et philosophique. Nous en dirons autant des pages consacrées à l'éducation des instincts et à l'éducation morale. La méthode employée, l'auteur la résume très clairement en ceci : « D'abord inventorier ce qui existe, ensuite au moyen de ce qui est, réveiller ce qui est latent et suppléer à ce qui n'est pas. »

Ce mémoire est plein d'observations personnelles, de remarques ingénieuses et pratiques, et constitue le travail le plus complet fait sur cette question. C'est une œuvre de valeur à laquelle votre Commission n'a pas hésité à attribuer le prix Belhomme, vous proposant en même temps d'honorer le mémoire n° 1 d'une mention avec un encouragement de 100 francs à son auteur.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, le prix Belhomme est décerné au mémoire n° 2 qui a pour auteur M. JOSEPH BOYER, instituteur d'enfants anormaux à Vitry-sur-Seine ; une mention honorable

avec un encouragement de 100 francs est accordée au mémoire n° 1, qui a pour auteur M. BONNET, médecin adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère).

La séance est levée à cinq heures et demie.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 27 MAI 1895.

Présidence de M. MOREAU (DE TOURS)

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. John Sibbald, commissionnaire en aliénation pour l'Ecosse; Macpherson, superintendant de Stirling Asylum, et Martin, médecin-directeur de l'asile de Genève, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Boyer et Maupaté, lauréats de la Société;

2° Une lettre de remerciements de M. Ed. Cowles, nommé membre associé étranger;

3° Une lettre de M. Percy Smith, superintendant de l'hôpital de Bethléem, à Lourdes, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Bonchereau, Falret et René Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Climatologie médicale de la République Argentine*; par M. Samuel Gache;

2° Notice biographique sur Calmeil; par le D^r Bihorel;

3° Trois brochures de M. Obersteiner, de Vicnne. — M. Roubinovitch se charge d'en présenter un compte rendu;

4° Une brochure de M. Silvio Venturi sur les régi-

cides et les anarchistes. — M. Moreau (de Tours) se charge d'en rendre compte;

5° Un volume de travaux de la Faculté de médecine du Japon;

6° *Annales de Psychiatrie*, numéro de mai.

Prix Belhomme pour 1897.

La Commission du prix Belhomme propose, pour le prix à décerner en 1897, la question suivante : *Du langage chez les idiots*. Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Subvention au Congrès de Bordeaux.

M. JEOFFROY annonce que les Compagnies de chemins de fer, excepté l'Est et l'Ouest, accorderont aux congressistes une réduction de 50 p. 100.

Afin de favoriser le Congrès et de hâter la publication des travaux, les organisateurs demandent à la Société médico-psychologique de vouloir bien voter une subvention.

M. BRIAND propose de demander aux divers asiles de France leur adhésion au Congrès.

M. CHARPENTIER fait remarquer que les Congrès, organisés d'abord par la Société médico-psychologique, n'ont plus aujourd'hui avec elle aucune solidarité.

La question est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Charpentier, Falret, Joffroy, Vallon et Jules Voisin.

Rapport de candidature.

M. PAUL SÉRIEUX. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Falret et P. Sérieux à l'effet de rédiger un rapport sur la candidature de M. le Dr R.-H. Pierson au titre de membre associé étranger. M. Pierson qui dirige, près de Dresde, un important établissement privé, est l'auteur de nombreux travaux dont la valeur rend aisée la tâche de votre Commission. Ces travaux sont consacrés, les uns

aux maladies nerveuses proprement dites, les autres aux maladies mentales.

Le *Manuel d'électrothérapie* de M. Pierson (rédigé avec le concours du D^r Sperling, ancien assistant du professeur Mendel) est bien connu, non seulement dans les pays de langue allemande, mais à l'étranger. Le succès de ce traité éminemment pratique a été considérable : la sixième édition vient d'en être publiée ; il a été traduit en russe, en italien, en hollandais. Cette consécration nous dispense de vous en faire plus longuement l'éloge.

En février 1882, M. le D^r Pierson a communiqué à la Société médicale de Dresde un intéressant travail sur les polynévrites (*Ueber Polyneuritis acuta; Multiple Neuritis; Sammlung Klinischer Vorträge. Leipzig, mars 1883*). A cette époque la question des névrites multiples était loin d'être connue comme elle l'est aujourd'hui ; la communication de M. Pierson constitue un document clinique important. L'auteur, à l'occasion d'une observation personnelle, fait une revue critique des polynévrites, et une étude complète de ce chapitre alors mal connu de la neuropathologie. Le cas rapporté par M. Pierson présentait les particularités suivantes : un sujet, en bonne santé, est pris d'une paralysie progressive des extrémités et du tronc, avec paralysie double du facial et parésie du pneumogastrique. Ces troubles atteignent leur maximum d'intensité en huit jours ; ils s'accompagnent de douleurs vives, de sueurs profuses, d'ictère et de fièvre. Plus tard, on constate une diminution notable de la sensibilité, l'abolition de tous les réflexes, la perte du sens musculaire et de l'excitabilité électrique, ainsi qu'une atrophie musculaire à marche rapide ; enfin, apparaissent des troubles vaso-moteurs et trophiques. M. Pierson élimine les hypothèses d'une paralysie de Landry, de la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte, et admet l'existence d'une inflammation aiguë des nerfs, probablement de nature infectieuse, et analogue au bérubéri. Il insiste sur l'importance, pour le diagnostic, de la coexistence des paralysies des nerfs bulbaires et surtout du pneumogastrique qui est intéressé (tachycardie) même dans les formes légères de polynévrite.

Les travaux de M. Pierson sur le « Traitement des épanchements articulaires intermittents » (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1881, n° 13, et *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1886, n° 5) méritent également une mention spéciale. L'auteur met bien en lumière l'importance qu'il y a à distinguer l'affection qu'il étudie du rhumatisme articulaire aigu. Il proscriit l'emploi du salicylate de soude et recommande la faradisation des articulations intéressées : les courants induits amèneraient la guérison et empêcheraient le retour de ces manifestations morbides.

M. Pierson a expérimenté, en 1892, le *sulfate de duboisine dans le traitement des maladies mentales*. Le résultat de ses recherches est exposé dans la thèse de son assistant, le Dr Schmidt (Iéna, 1893). Le voici brièvement résumé : le sulfate de duboisine agit avec efficacité dans les états d'excitation aigus ou chroniques; expérimenté chez vingt-trois malades, il a amené le calme chez dix-neuf d'entre eux. Son action calmante et hypnotique se manifeste en dix à trente minutes et dure jusqu'à huit heures. La dose habituelle est de 1 milligramme (par jour, 2 milligrammes). Il faut débiter par des doses de 0,3 à 0,5 milligrammes et augmenter graduellement jusqu'à la dose active. On a constaté dans quelques cas un certain degré d'accoutumance. La suppression brusque du médicament est sans inconvénients. La duboisine doit être administrée de préférence en injections sous-cutanées; prise par la voie stomacale, elle donne cependant de bons effets. Le traitement par la duboisine aurait aussi pour résultat d'abréger la durée de l'accès d'agitation. Parmi les phénomènes accessoires dus à cet alcaloïde, il faut noter la mydriase, la sécheresse de la gorge, la soif, la diminution de l'appétit, le vomissement, les vertiges, l'élévation de la température, l'augmentation du nombre des battements du cœur et des mouvements respiratoires. Certains sujets présentent une intolérance complète pour la duboisine.

Nous devons encore à M. Pierson un rapport fort intéressant sur l'établissement qu'il dirige (*Bericht über die Privat-Heilanstalt für Gemüths und Nerven-krankhe, Lindenhof bei Coswig, Dresde, 1893*).

Les statistiques des maisons privées peuvent fournir des résultats d'autant plus utiles qu'elles présentent des garanties d'exactitude, de précision qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de réaliser dans les asiles publics. Le nombre des malades admis de 1884 à 1894 a été de 445 ; celui des pensionnaires traités a atteint 496. Le nombre des guérisons s'est élevé à 85, celui des améliorations à 74, celui des morts à 83. La plupart des sujets signalés comme guéris ont pu être suivis pendant un temps assez prolongé. Un certain nombre des malades sortis améliorés ont guéri après leur sortie de l'établissement. Le nombre des paralytiques généraux a été de 126 (119 hommes et 7 femmes), c'est-à-dire le quart des entrées. Les sujets atteints de psychose simple ont été au nombre de 329 (175 hommes, 154 femmes). La plus grande partie des hommes rangés dans cette catégorie étaient atteints de délires systématisés chroniques ou de confusion hallucinatoire ; les cas de folie intermittente ont été assez nombreux. Rares ont été les cas de mélancolie observés dans le sexe masculin ; quant à la manie, M. Pierson la considère comme une forme exceptionnelle. Chez la femme, c'est la mélancolie qui a été la psychose la plus fréquemment relevée ; puis viennent la confusion hallucinatoire, les délirs systématisés chroniques, enfin les folies intermittentes.

L'hérédité a été notée dans 50 p. 100 des cas pris en bloc. Pour les paralytiques, les prédispositions héréditaires ont été relevées dans 17 cas pour 100.

M. Pierson a utilisé le matériel clinique de son établissement pour apporter une contribution intéressante à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale (*Über die Beziehungen zwischen Lues und Dementia paralytica*), l'auteur fait observer avec raison que les recherches de cette nature ne peuvent nulle part être entreprises dans des conditions d'exactitude aussi favorables que dans les établissements privés. Il insiste sur les difficultés qu'offre une enquête de cette nature, et fait ressortir que les résultats négatifs en sont par cela même infirmés. Souvent chez des paralytiques généraux considérés comme absolument indemnes de syphilis, M. Pierson a pu se convaincre de la réalité d'une infection syphilitique antérieure grâce aux rensei-

gnements fournis par le médecin traitant, par des camarades d'étude du malade, renseignements obtenus parfois seulement après la mort du patient. Il est évident que dans les grands services des asiles publics, les difficultés sont encore bien plus considérables. Le nombre des paralytiques chez lesquels une enquête patiemment poursuivie a démontré à M. Pierson l'existence de la syphilis, l'a déterminé à ranger cette infection au premier rang des facteurs de la paralysie générale. Voici d'ailleurs un tableau assez démonstratif.

Total des cas de paralysie générale, 126.

		119 hommes.			7 femmes.		
Syphilis certaine.	72	60,5	0/0	3	43	0/0	
Syphilis probable.	15	13	0/0	2	28,5	0/0	
Total. . . .	88	73,5	0/0	5	71,5	0/0	

En faveur du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, M. Pierson note encore les faits suivants: fréquence plus grande de l'encéphalite interstitielle chez l'homme que chez la femme, rareté de la maladie chez les femmes des classes riches (4 ou 5 p. 100, au lieu de 10 à 15 dans les classes pauvres); cas de paralysie générale conjugale. Parmi les autres facteurs de la maladie, M. Pierson range l'hérédité, les traumatismes crâniens, les excès alcooliques, les chagrins; mais il considère ces différentes causes comme n'ayant qu'une action prédisposante à côté de la syphilis. Quant au surmenage intellectuel son rôle serait peu important. Le traitement spécifique n'a jamais donné de résultats satisfaisants; parfois il a même amené une aggravation de la maladie.

La seule énumération des recherches consciencieuses et hautement intéressantes de M. Pierson dans le domaine de la neuropathologie et dans celui des affections mentales suffit, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, pour recommander sa candidature à vos suffrages.

En accordant à M. le Dr R.-H. Pierson le titre qu'il sollicite, vous adjoindrez, Messieurs, à la Société un confrère distingué, érudit, très au courant de la littérature médicale française, qui parle et écrit notre langue avec une rare correction et suit avec intérêt nos discussions.

Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'accueillir favorablement la candidature de M. Pierson.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. PIERSON est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

Rapport sur la thèse de M. Guérin, sur le rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes dans la paralysie générale.

M. PAUL SÉRIEUX. — Messieurs, la place importante qui revient en pathologie interne aux auto-intoxications a été magistralement exposée par le professeur Bouchard. S'il faut en croire les résultats de recherches récentes, le rôle des auto-intoxications dans la genèse des maladies mentales ne serait pas moins considérable. L'épilepsie, le myxœdème, le goitre exophtalmique, nombre de psychoses aiguës paraissent relever, dans maints cas, de l'action sur les centres nerveux de produits toxiques élaborés dans l'organisme. Pour le professeur Pierret, les auto-intoxications doivent, au point de vue pathogénique, dominer en entier la psychiatrie et la neurologie; c'est autant dans les modifications de nutrition des cellules que dans les altérations anatomiques de l'axe cérébro-spinal qu'il faut chercher la cause des troubles psychiques et nerveux. M. le D^r Guérin, interne de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon, s'est inspiré des conceptions émises par son maître, dans son travail sur le rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale (Thèse inaugurale, Lyon, janvier 1895), travail dont vous nous avez chargé de rendre compte.

L'auteur veut prouver que, dans un grand nombre de cas, les attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques sont sous la dépendance d'une intoxication des centres nerveux surajoutée aux lésions chroniques de l'encéphalite interstitielle. Les toxiques sont, soit des toxines venues du tube digestif et dont les troubles gastro-intestinaux ont facilité la résorption, soit des poisons urinaires restés dans l'économie par insuffisance rénale ou par rétention d'urine. Avant de développer

cette théorie, adoptée par M. Pierret, M. Guérin soumet à une critique judicieuse les diverses hypothèses émises pour expliquer la production des ictus cérébraux de la paralysie générale. Il n'a pas de peine à démontrer l'insuffisance de nombre d'entre elles, la congestion, l'encéphalite aiguë, l'œdème cérébral, le spasme vasculaire, les lésions circonscrites : tous ces facteurs, en effet, peuvent bien déterminer, chez quelques malades, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, mais leur intervention fait défaut dans certains faits pour lesquels une interprétation autre devient nécessaire. Charcot avait déjà fait remarquer, en 1875, que l'absence de lésions propres était, anatomiquement parlant, un trait commun à ces attaques.

La théorie des « phénomènes de rappel » formulée par M. Pierret (1883), paraît à M. Guérin devoir être appliquée à ces derniers cas. Dans certaines circonstances et surtout dans les intoxications (urémie, etc.), les cicatrices cérébrales ou spinales d'origine et de date quelconques, peuvent, d'après M. Pierret, donner lieu à un véritable *rappel* des symptômes qui les avaient primitivement manifestées. M. le Prof. Raymond, en 1885, considère également les anciens foyers d'hémorragie et de ramollissement comme la raison de la localisation des paralysies urémiques ; il généralise cette idée qu'une lésion quelconque des hémisphères appelle la fixation plus intense de l'œdème cérébral (cet œdème étant considéré comme l'agent des phénomènes de paralysie). Des observations analogues rapportées par le Dr Nicolle, par le Prof. Teissier, montrent que des lésions organiques anciennes et cicatrisées peuvent, chez des sujets atteints de néphrite, être réveillées à la suite du surmenage, du refroidissement, « en raison de l'augmentation des toxines de l'organisme provoquée par la grève d'un des organes » (Teissier). Les faits expérimentaux dus à Tripiér (1877), à Rossolimo (1892), à Devay (1893), montrent également l'action élective des toxiques (morphine, cocaïne, essence de sauge), sur les points des hémisphères sièges de lésions anciennes. Les toxiques ingérés, les toxines fabriquées dans l'économie, soit au cours d'une maladie aiguë, soit à la suite de troubles gastro-intestinaux, etc., peuvent donc agir sur les éléments de l'écorce

cérébrale rendus plus vulnérables, et déterminer des réactions pathologiques.

Cette théorie des phénomènes de rappel peut servir à l'interprétation des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. Ces accidents seraient dus à l'action sur les centres nerveux, déjà gravement atteints, de toxiques venus de l'organisme, ou accidentellement introduits (opium, par exemple). Il suffit, d'après M. Guérin, d'un écart de régime, d'une indigestion, de rétention d'urine, de constipation, pour que des phénomènes d'auto-intoxication se produisent; les cellules cérébrales, déjà lésées, réagissent sous l'influence d'une quantité de toxique extrêmement faible, insuffisante parfois pour provoquer des troubles accusés chez un cerveau sain. Dans ces conditions apparaissent des accès convulsifs ou un état comateux. Si ces symptômes sont parfois localisés, c'est que les altérations vasculaires créent des territoires dont l'irrigation est plus défectueuse qu'ailleurs: les centres corticaux intéressés sont plus sensibles à l'action des toxines amenées par le torrent circulatoire. L'œdème cérébral, incriminé par plusieurs auteurs, n'agirait qu'en tant qu'œdème toxique.

M. Guérin n'a pu, la chose est regrettable, entreprendre des recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine et du sérum chez les paralytiques avant, pendant et après les ictus. Il appuie sa thèse sur des faits cliniques et thérapeutiques étudiés avec soin. Il rapporte un cas de rupture de l'urèthre avec rétention d'urine suivi d'attaques apoplectiques et épileptiformes: l'autopsie ne montre aucune lésion pouvant expliquer les accidents ultimes qu'il attribue à une auto-intoxication. M. Guérin insiste sur le rôle important des troubles gastriques et intestinaux (embarras gastrique, indigestions, constipation) qui précèdent souvent les ictus, et qui doivent faire penser à une intoxication du sang par la rétention de produits toxiques. Pour M. Pierret, la constipation en particulier doit être considérée comme la cause la plus importante des phénomènes convulsifs et comateux de la paralysie générale. Les recherches de M. Guérin ont porté sur vingt malades: la température était prise matin et soir; le nombre de selles, le traitement et l'apparition des accidents étaient notés chaque

jour. L'auteur a toujours constaté, avant l'apparition des attaques, un état de constipation, et souvent, pendant les deux ou trois jours qui précèdent les accidents, une élévation graduelle de température. Il relève aussi le rôle des troubles de l'appareil urinaire (lésions des reins avec ou sans albuminurie, rétention d'urine); la rétention d'urine détermine soit des attaques apoplectiques, soit plus souvent encore, des attaques épileptiformes. Ces accidents guérissent plus ou moins rapidement suivant que l'élimination des toxines est plus ou moins prompte, c'est-à-dire en raison directe de l'état des émonctoires (foie, reins, etc.). M. Guérin fait observer en outre que les organes par lesquels s'éliminent les poisons s'altèrent par le fait même de cette élimination, d'où l'aggravation consécutive de la maladie.

Parmi les faits thérapeutiques pouvant être invoqués à l'appui de cette théorie, M. Guérin cite les bons effets des purgatifs, des lavements, de la saignée, du traitement antiseptique interne.

L'auteur termine son travail par des considérations de thérapeutique et de prophylaxie qui ne sont point neuves sans doute, mais qui prennent une importance plus considérable si l'on admet le rôle des auto-intoxications. L'alimentation du paralytique doit être réduite au strict nécessaire et laisser le moins de déchets possible; les aliments seront choisis parmi ceux qui peuvent être avalés sans être mâchés; on évitera avec grand soin les indigestions, la constipation, la rétention d'urine; on donnera de temps en temps du calomel, du naphthol, en vue d'obtenir l'antisepsie intestinale; des diurétiques (eau, lait) seront prescrits, afin de favoriser l'élimination des toxiques. Contre les ictus, on emploiera des purgatifs drastiques, des lavements purgatifs, la saignée même dans certains cas.

En résumé, Messieurs, l'auteur, pour expliquer les attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale, fait intervenir deux facteurs qui s'associent entre eux, à savoir, d'une part, les lésions de l'écorce, d'autre part, les auto-intoxications: le toxique n'agit qu'à la faveur de l'altération des éléments anatomiques. La conception ingénieuse émise par le professeur Pierret et que M. Guérin développe avec talent,

cette conception, si séduisante qu'elle apparaisse, peut-elle être appliquée à tous les cas? Nous ne le pensons pas. Il est des faits qui lui échappent et dont la prédominance de l'encéphalite interstitielle au niveau de tel ou tel point de la zone excitable de l'écorce, peut rendre compte, sans qu'il soit nécessaire de recourir toujours à l'hypothèse d'un agent toxique.

Cet exposé succinct suffit peut-être, Messieurs, à donner une idée de l'étude consacrée par M. Guérin aux accidents épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale. Mais notre tâche nous paraîtrait incomplète si nous omettions de souligner les qualités de cette thèse fort intéressante. La théorie soutenue par M. Guérin, si elle n'est point basée sur des recherches expérimentales, s'appuie sur des faits cliniques qui paraissent bien démontrés; elle est d'accord avec ce que nous savons sur la pathogénie des réactions convulsives de l'écorce. Son travail, fruit d'observations consciencieuses, recueillies et interprétées à la lumière des données les plus récentes de la physiologie et de la clinique, constitue une contribution importante à l'étude d'une question jusqu'ici incomplètement élucidée. Il mérite d'être signalé à votre attention.

A propos des phobies dans un cas d'insuffisance mitrale.

M. ROUBINOVITCH. — Les idées obsédantes et les impulsions ont été souvent notées chez les cardiaques. En consultant les auteurs qui ont écrit sur les troubles intellectuels dans les affections du cœur, on trouve un certain nombre d'observations relatives à ce sujet. C'est ainsi qu'en 1822, Romberg de Berlin (1) a publié l'observation d'une femme atteinte d'angine de poitrine; la douleur revenait par paroxysmes et la malade avait, lors des exacerbations, un penchant irrésistible au meurtre; tantôt elle était obsédée par l'idée d'immoler ses plus chers amis, tantôt elle était poussée au suicide. Maurice Raynaud, dans son article sur la pathologie du cœur (2),

(1) *Archiv f. med. Erfahr. und. Zeitschr.*, 1822, p. 129.

(2) *Dict. de méd. et de chirg. pratiques*, t. VIII, p. 437.

cite le cas d'un malade, atteint d'une lésion organique du cœur assez avancée qui provoque de temps en temps des crises asystoliques. Or, au moment de ces exacerbations, et seulement alors, il a des obsessions d'une nature ambitieuse ; il est obsédé, par exemple, du désir de se livrer à de vastes opérations commerciales qui dépasseraient les bornes du possible. Parfois, conscient de l'insanité de ses conceptions, il lutte contre elles, sans pouvoir les dominer, ces idées l'assaillent sans cesse ; il veut leur résister toujours sans succès ; il est obligé de les subir malgré lui. Et M. Raynaud ajoute que cet état ne dure que le temps des exacerbations asystoliques.

Des observations analogues ont été publiées par Fabre (1) de Lyon, par Roulland (2), par le regretté professeur Ball (3), cité dans la thèse de Fanconneau. Je viens d'observer, pour ma part, le fait suivant que je livre à la réflexion des partisans de la folie dite cardiaque.

Une dame F., âgée de quarante-six ans, est atteinte d'une insuffisance mitrale typique avec un souffle assez rude à la pointe et, au premier temps, légère augmentation de la matité, battements irréguliers, pouls petit, sans albumine dans les urines. Pendant de longues années, sa lésion cardiaque a passé à peu près inaperçue, ainsi que cela arrive souvent dans les classes aisées. Ce n'est qu'il y a six ans que s'est déclarée pour la première fois une dyspnée avec palpitations ; l'haleine devenait courte aussitôt qu'elle voulait marcher un peu vite, monter un escalier ou accomplir un mouvement un peu difficile.

Aujourd'hui, elle est sujette de temps à autre à des paroxysmes d'oppression, sa respiration devient alors, comme dans les accès d'asthme cardiaque, fréquente, haletante, saccadée, le visage et les lèvres sont violets, elle a des palpitations, avec sensation de pesanteur, de constriction à la région précordiale et le pouls devient excessivement petit. Si, à ce moment, comme je l'ai fait, on ausculte la malade aux deux bases, on entend des râles sous-crépitaux tenant à un certain degré d'œdème pulmonaire.

(1) Fabre. La folie dans les affections cardiaques ; *Relations pathogéniques des troubles nerveux*, 1880.

(2) Roulland. Des folies dites cardiaques. *Poitou médical*, juillet 1890. — Observation in Th. de Fauconneau, 1890, p. 92.

(3) Ball. Obs. in Fauconneau. *Th.*, 1890, p. 92.

Pendant ses accès de dyspnée, la malade manifeste des peurs étranges : si elle se trouve à ce moment dehors, la vue de la rue lui fait peur, elle n'est plus sûre d'elle, les voitures qui passent l'attirent comme si elle était poussée à se jeter sous leurs roues ; elle est obligée de lutter, de prendre mille précautions pour faire quelques pas sur le trottoir. Etant chez elle, l'essoufflement résultant, par exemple, du fait de se lever d'une chaise pour traverser la chambre, provoque une peur invincible de se servir des couteaux ou des fourchettes dans une mauvaise intention vis-à-vis de son mari et de son fils. Entre mille épisodes, prenons celui du 6 novembre 1894. La malade se trouvait dans la rue Montmartre, près des grands boulevards, accompagnée de sa sœur, car elle n'ose plus, depuis plusieurs années, sortir seule. Par suite de la fatigue de la marche, elle est prise d'une dyspnée intense. A ce moment, elle devait traverser la rue ; mais la vue des voitures provoque chez elle une vive appréhension, ses jambes fléchissent et tremblent ; une peur l'envahit et il lui est impossible d'avancer. Sa sœur a dû la ramener chez elle dans un fiacre.

Pendant tout un mois, elle est restée à la chambre avec des phénomènes d'asystolie : respiration fréquente, saccadée, halitante, visage violacé, palpitations, pesanteur angoissante dans la région précordiale, pouls très faible, de l'œdème malléolaire, etc... En même temps, elle ne cessait de manifester des idées du genre de celle-ci : « Enlevez les couteaux ; j'ai peur d'avoir des poussées contre mon mari, contre mon fils... »

Aujourd'hui, sans présenter des caractères asystoliques, aigus, la malade manifeste, à chaque instant, son agoraphobie, et sa crainte des couteaux. Jusqu'à présent, l'histoire ressemble singulièrement aux faits cités dans la thèse de M. Fauconneau, comme exemples de ce que certains auteurs appellent la folie cardiaque. En effet, à première vue, l'affection cardiaque paraît bien antérieure à l'apparition des phobies, et il y a là, en outre, l'exacerbation des troubles intellectuels au moment des accès de dyspnée cardiaque, ce grand symptôme sur lequel est bâti le diagnostic différentiel de la folie cardiaque.

Mais je n'ai raconté que l'état actuel de la dame F... Voyons un peu l'histoire de sa maladie, ses antécédents personnels et héréditaires.

Elle est née à terme et dès sa naissance elle a eu une otite gauche qui a déterminé une surdité de l'oreille correspondante et qui est encore très prononcée aujourd'hui. A trois mois, elle a eu des convulsions. Elle n'a parlé qu'à deux ans et demi et depuis elle blême à faire croire qu'elle a un jeton entre les dents. Son caractère a été, dès son enfance, excessivement émotif, sombre et taciturne. Vers l'âge de quatre, cinq ans, elle avait

des tics dans les paupières, les épaules et les bras. Vers la même époque, elle jetait souvent d'une façon impulsive les objets qu'elle tenait à la main ou qui se trouvaient à sa portée.

A l'âge de sept ans, elle contracte un rhumatisme articulaire aigu.

A treize ans et demi, elle est alitée par une affection fébrile que le médecin traitant a appelée fièvre cérébrale, peut-être parce que le délire a été très actif.

A quinze ans, second accès de rhumatisme polyarticulaire aigu avec fièvre intense et délire pendant six semaines.

Ou la marie à dix-huit ans. Cinq ans après, troisième accès de rhumatisme; cette fois, les jambes étaient très enflées, et le médecin constata la présence d'une affection cardiaque.

Son état mental reste ce qu'il a toujours été : d'une intelligence bornée, elle est très émotive, mais on ne note pas encore d'idées obsédantes.

Un jour, elle avait alors trente-cinq ans, elle apprend que sa sœur a été mordue par un chien enragé. L'émotion provoquée par cette nouvelle se manifeste chez elle pendant six mois par une crainte des chiens et de la rage; elle évitait de sortir pour ne pas s'exposer à rencontrer un chien, et quand elle entendait aboyer, elle s'enfermait dans sa chambre. A ce moment, il n'était pas encore question des accès d'oppression d'origine cardiaque.

Elle arrive ainsi à l'âge de trente-neuf ans avec une affection cardiaque constituée, mais bien compensée, lorsqu'en 1888, elle assiste au terrible incendie des grands magasins de la Ménagère situés tout près de la maison qu'elle habitait à cette époque. Elle en éprouve une vive frayeur, et se trouve prise le jour même d'une violente dyspnée avec le cortège ordinaire des phénomènes qui accompagnent un accès d'asthme cardiaque. C'est au cours de cette dyspnée qu'elle manifeste pour la première fois les symptômes d'agoraphobie et d'aichmophobie dont j'ai parlé plus haut.

Tous ces renseignements ont leur valeur dans l'appréciation de son état actuel. Car si, en ne considérant que cet état, les phobies semblaient être la conséquence immédiate et nécessaire des exacerbations de l'affection cardiaque, en reprenant toute l'histoire de la malade, on voit que l'apparition des troubles intellectuels remonte aux premières années de son existence, puisque son extrême émotivité et sa tendance aux actes impulsifs ont toujours été remarqués; et ces troubles, dans leur dernière forme plus frappante et plus accusée ne nous paraissent plus que juxtaposés à l'insuffisance mitrale et rendus plus saillants par cette dernière affection.

Si l'on conservait encore quelque doute sur l'état psychopa-

thique originel de M^{me} F..., il suffirait d'ajouter qu'elle est la fille d'un alcoolique, ayant surtout l'habitude du vin blanc, et que sa grand'mère paternelle, après avoir accouché du père de notre malade, a eu, au cours de la lactation, un accès de folie puerpérale. De plus, à côté de cette hérédité paternelle, entachée de vésanie et d'alcoolisme, il faut noter l'hérédité congestive venant de la mère, morte à l'âge de soixante-six ans, d'une congestion cérébrale.

Voilà le fait dans son ensemble. Que nous enseigne-t-il au point de vue de l'étiologie des troubles intellectuels, chez les cardiaques ?

Une condition banale et pourtant essentielle domine toute cette histoire : c'est la prédisposition aux troubles mentaux par une hérédité vésanique, alcoolique et congestive. Appelez cette prédisposition du nom que vous voudrez, ce qui importe, c'est la chose elle-même, dont il serait puéril de nier l'importance. Mais la constatation de cette prédisposition ne suffit pas pour expliquer l'apparition des phobies au cours d'une affection cardiaque ; en d'autres termes, on peut être un prédisposé vésanique et en même temps porteur d'une affection du cœur sans avoir pour cela des phobies pendant les attaques d'asystolie. J'ai vu, en 1888, dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, des alcooliques avec des antécédents héréditaires vésaniques entrant avec des attaques d'asystolie au cours d'une affection mitrale et ne présentant en fait de troubles mentaux que des cauchemars zooptiques ; point d'obsessions, point d'impulsions, point de conceptions délirantes. Je trouve notamment dans mon cahier d'observations, le cas d'un nommé Auguste G..., âgé de vingt-neuf ans, terrassier, entré à la Pitié le 15 février 1888, et couché au lit 15 de la salle Piorry. C'est un alcoolique avec la pituite matinale, les cauchemars, les tremblements des mains, dont la mère est morte à l'asile d'aliénés de Clermont. Il y a cinq ans, à la suite d'une affection aigüe des voies respiratoires, s'est développée une affection cardiaque. Le pouls est petit, inégal, irrégulier. Le cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le sixième espace intercostal. Les pulsations cardiaques sont irrégulières. A la base on constate un dédoublement du deuxième temps. A

son entrée, il a de l'œdème des membres inférieurs et des crises de dyspnée. Nous cherchons chez lui des troubles mentaux et le seul phénomène que nous relevons et qui s'explique suffisamment par ses habitudes alcooliques, ce sont des hallucinations nocturnes où il voit des flammes et des individus armés qui se précipitent sur lui. D'obsessions ou d'impulsions il n'en est pas question.

Des cas de ce genre ne doivent pas être rares, et les médecins appelés à observer dans les hôpitaux ordinaires, pourraient nous donner là-dessus des renseignements très précieux. Dans ces conditions, il faut bien admettre que si la prédisposition héréditaire vésanique est nécessaire à l'éclosion des obsessions au cours d'une cardiopathie, elle ne suffit pas toujours. C'est en présence de cas comme celui de la salle Piorry que le problème devient déconcertant. On se trouve alors obligé de supposer que la prédisposition héréditaire vésanique n'est pas partout la même, qu'elle localise son action dégénératrice tantôt sur les centres émotifs, tantôt sur les centres purement intellectuels, tantôt enfin sur les centres moteurs. Il y a peut-être dans cette hypothèse quelque chose de vrai, car si nous cherchons la formule psychopathique qui caractérise dans son ensemble l'enfance de notre malade F..., nous trouvons avant tout une émotivité extrême et une impressionnabilité des plus morbides. Mais tout en attribuant à la prédisposition héréditaire un rôle prépondérant dans l'apparition des obsessions chez notre cardiaque, il n'est pas moins curieux et important d'examiner la part qui revient à la cardiopathie, non pas dans la production de ces troubles intellectuels, mais dans leur entretien. Nous sommes en présence d'un cerveau et d'un cœur tous les deux malades. Ces deux organes sont reliés entre eux par de nombreux vaisseaux, par le nerf pneumogastrique et par le grand sympathique. Il y a là des modifications circulatoires nutritives et réflexes, qui sont continuellement infligées par le cœur malade au cerveau invalide par l'intermédiaire du bulbe.

A noter aussi l'altération du sang lui-même qui se trouve insuffisamment oxygéné, vicié par l'acide carbonique, dépourvu souvent de la proportion normale de

globules rouges. Les troubles apportés dans la nutrition du cerveau sont encore plus terribles pendant les attaques d'asystolie. Quoi d'étonnant alors, si à ce moment où toute l'économie est en souffrance, où chacun des organes souffre pour son compte, où cette femme respire plus mal, où ses membres sont œdématiés, quoi d'étonnant, dis-je, si le cerveau invalide, irrité par les troubles circulatoires et autres, se met à divaguer suivant la loi qui lui est imposée par la prédisposition vésanique? Et la preuve que les exacerbations de son insuffisance mitrale ne sont pour rien dans l'origine des phobies, et qu'une simple émotion les met aussi bien en évidence, c'est que la même malade, lorsqu'elle ne souffrait aucunement de son affection cardiaque, a en, pendant six mois, à l'âge de trente-cinq ans, la crainte angoissante des chiens et de la rage, sous l'influence d'un accident arrivé à sa sœur. Or, au point de vue clinique, la crainte de la rage est équivalente à la crainte des couteaux et à l'agoraphobie, de sorte que le même phénomène apparaît, tantôt à l'occasion d'une vive émotion, tantôt à propos d'un accès de dyspnée, tantôt à la suite d'une crise gastrique ou d'un déplacement d'un rein flottant, etc. Consultez les observations de Alt (1) au sujet du développement des troubles psychiques à l'occasion des affections chroniques de l'estomac, et vous trouverez des accès d'agoraphobie à propos d'une crise gastrique. Gourevitch (2) nous raconte le cas d'une jeune femme ayant un rein flottant qui, sous l'influence d'un déplacement de cet organe, a eu une impulsion au suicide. Le même ordre de phénomènes émotionnels morbides se montre ainsi à l'occasion d'une foule de circonstances les plus diverses; la seule condition qui se retrouve partout, c'est la prédisposition vésanique, dont la définition est si difficile, mais dont la réalité est pourtant bien manifeste.

Quant au rôle spécial de l'insuffisance mitrale et des affections cardiaques en général dans l'entretien des

(1) Alt. Heber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von chronischen Magenkrankheiten. *Arch. f. Psych.*, XXIV, 2.

(2) Gourevitch, in *Vestnik Psykiatrii*, 1886, p. 154.

troubles mentaux, le nier totalement serait, à mon avis, une erreur, car ces affections occupent dans l'échelle hiérarchique des causes une place qui, tout en étant secondaire, a cependant une certaine importance, et voici pourquoi.

Les partisans de la folie cardiaque ont beaucoup insisté sur l'influence favorable du traitement cardiaque sur la disparition des obsessions et des impulsions. Je citerai notamment l'observation de Fabre, où il s'agit d'un homme de cinquante ans, atteint d'une insuffisance mitrale remontant à plusieurs années, et qui, au cours des phénomènes d'asystolie, a des impulsions au suicide contre lesquelles il a à soutenir des luttes pénibles. L'administration simultanée de la digitale et de la morphine a toujours produit la disparition simultanée de ces deux ordres de phénomènes. Il y a même plus. Quand le malade sent revenir la crise, il reprend ce traitement, et arrête le mal. Des cas aussi heureux sont plutôt exceptionnels. Le plus souvent, les partisans les plus chauds de la folie cardiaque nous disent qu'ils ont observé une certaine atténuation dans l'intensité des obsessions et des impulsions.

La circulation cérébrale se faisant mieux, la gêne respiratoire disparaissant ainsi que l'œdème des membres, il est parfaitement admissible que le cerveau malade se trouve moins irrité, absolument comme chez certains malades de Alt, que j'ai cités tout à l'heure, le lavage de l'estomac déterminait un calme, très relatif d'ailleurs, dans les manifestations psychiques. Cependant, chez notre malade, le régime lacté, la digitale associée au bromure de potassium ont amené une amélioration momentanée dans l'état de son cœur; mais son émotivité reste la même, et, à la moindre occasion, elle manifeste ses craintes et ses phobies, même lorsque son insuffisance mitrale parfaitement compensée ne se manifeste par aucun symptôme subjectif gênant. Il ne faut donc pas s'exagérer l'efficacité du traitement cardiaque, contre les troubles mentaux, et tout en l'employant, ne pas formuler des pronostics favorables même en ce qui concerne l'avenir prochain, car on s'exposerait trop souvent à être démenti par la persistance de l'affection mentale.

En résumé, il nous semble que les affections cardia-

ques mettent le cerveau dans des conditions de circulation et de nutrition défectueuses. L'étude de ces conditions susceptibles d'entretenir et même d'exaspérer des troubles mentaux préexistants est des plus importantes. Toutefois, il ne faudrait pas oublier que ces cardiopathies n'entretiennent ces accidents intellectuels que dans des cerveaux usés, prédisposés par une faiblesse congénitale ou par un état morbide antérieur; mais dans les cerveaux réellement valides, ne portant aucune tare, elles n'arrivent pas à faire éclore des manifestations psychopathiques.

M. CHARPENTIER. — Je suis de l'avis de M. Roubinovitch en ce qui concerne la rareté des troubles mentaux dans les maladies du cœur. On se trouve surtout en face de manifestations indiquant une gêne de la circulation cérébrale. M. Roubinovitch passe sous silence, chez sa malade, l'état de la menstruation. Il en fait une dégénérée. Pourquoi, chez ces malades qui sont des rhumatisants, ne pas voir au lieu de dégénérescence, une manifestation rhumatismale ?

M. AUG. VOISIN. — M. Roubinovitch n'a pas fait allusion à la possibilité des lésions sclérosiques dans les vaisseaux du cerveau, lésions capables de produire des troubles de la circulation et, par suite, des désordres dans les centres corticaux.

De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales.

M. TOULOUSE. — Messieurs, permettez-moi de solliciter votre bienveillante attention sur quelques réflexions que je désire vous soumettre au sujet de l'étiologie des maladies mentales.

Quelle est la part respective qu'il faut attribuer à la prédisposition, notamment à l'hérédité, et aux causes dites occasionnelles dans la production des psychoses ?

La question que je pose est de celles que l'on tente de résoudre tous les jours et qui est sans cesse, et actuellement encore plus que jamais, d'une actualité pressante. A chaque congrès, presque à chacune des séances de la Société, on entend lire des communications où le rôle de

la cause supposée est diversement interprété. Les uns pensent que l'hérédité, la prédisposition vésanique sont les facteurs principaux des troubles mentaux ; d'autres attribuent aux causes dites occasionnelles, et notamment aux phénomènes infectieux et auto-infectieux, une importance étiologique plus ou moins grande.

On entend souvent formuler des opinions absolues et des contradictions aussi catégoriques qui, les unes et les autres, demanderaient à être appuyées de raisonnements et de faits plus convaincants. Et mon ambition est moins de faire prévaloir une nouvelle manière d'interpréter les phénomènes, que de donner l'occasion d'une discussion où de plus compétents que moi exposeront leurs avis.

A maintes reprises la Société s'est occupée de ces questions. A propos de la folie héréditaire (1), par exemple, on a surtout recherché à mettre en lumière ou à nier le rôle spécial de l'hérédité considérée comme cause efficiente d'un groupe de phénomènes psychopathiques ; mais on a délaissé ou à peu près l'étude de l'hérédité comme facteur prédisposant de toutes les maladies mentales.

Depuis cette époque, divers travaux (2) ont un peu transformé la conception de l'hérédité morbide, qui ne paraît plus un fait aussi simple qu'on l'admettait jadis. La dégénérescence est aussi une de ces questions continuellement agitées et qu'il est difficile de résoudre d'une manière qui ne mécontente pas à peu près tout le monde. Mais ce qui, depuis la célèbre et bien vieille discussion de la Société sur la folie sympathique (3), n'a pas été l'objet d'un examen approfondi des membres de cette Compagnie, c'est la part qui doit revenir légitimement dans l'étiologie des psychoses aux causes dites occasionnelles, par exemple à l'infection, dont certains travaux ont récemment montré et peut-être exagéré l'action.

Et ce n'est point là un ensemble de questions purement théoriques, s'offrant aux spéculations d'une

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1885, 1886, 1887.

(2) Voir ma dernière revue sur cette question : Ed. Toulouse. De l'hérédité dans les maladies mentales, *Gaz. des Hôpit.*, 1895, 163.

(3) *Ann. méd.-psych.*, 1857.

assemblée en décadence. Elles sont au plus haut point pratiques. Et d'abord parce qu'il est très important de connaître quels sont les facteurs immédiats de certains troubles délirants ; car il est clair que la thérapeutique en pathologie ne peut découler que de découvertes étiologiques. Et aussi parce qu'il n'est pas indifférent que l'on adopte, au sujet de la conception des causes de la folie, telle ou telle opinion ; il en est qui, par leur sorte de fatalisme, ne peuvent avoir pour résultat que de paralyser, en les déconsidérant, certaines recherches de la plus grande utilité.

En premier lieu, il serait intéressant de se demander ce qu'est la prédisposition vésanique.

Il faut convenir qu'elle domine toute l'étiologie des psychoses, comme aussi des névroses. Cette notion reste acquise grâce aux efforts de Morel et de Charcot, et la plupart des aliénistes sont d'accord là-dessus. Mais jusqu'à quel point cette notion explique-t-elle les phénomènes ? Dire qu'un individu est devenu aliéné parce qu'il était prédisposé à le devenir, c'est énoncer une proposition vraie, mais qui n'est en somme que le premier degré d'une explication, car cette prédisposition, on la rencontre partout. Je fais tomber un encrier ; s'il se casse, c'est qu'étant de verre il était prédisposé à se briser. S'il avait été en fer l'encrier se serait seulement déformé.

Il est évident aussi que la constitution physiologique ou anormale de certains organes peut offrir aux maladies des conditions plus ou moins favorables. Cela est vrai pour les poumons, préparés par la misère physiologique à l'évolution des tubercules, comme aussi pour les os qui, dans une chute, auront de la tendance à se fracturer alors que les muscles, d'une structure différente, seront exceptionnellement frappés par cet accident.

Le roseau plie et ne rompt pas,

disait La Fontaine. Le muscle non plus en général.

Envisagée ainsi, l'action de la prédisposition ne peut être niée ; c'est une condition nécessaire, mais aussi commune, de tous les faits pathologiques, et l'on pourrait dire de tous les phénomènes naturels. Il est vrai que l'on cherche avec raison à déterminer ce qui caractérise

en aliénation mentale, cette prédisposition. Or, il est relativement facile d'expliquer pourquoi, sous l'action d'un traumatisme, un os se brisera plus facilement qu'un muscle, il est autrement plus ardu de donner des raisons aussi probantes de la prédisposition vésanique. On la déclare héréditaire, congénitale ou acquise. On pense que toutes les maladies plus ou moins graves peuvent, en perturbant les processus de nutrition de l'individu, le rendre apte à délirer. Admettre tant de causes, c'est se tenir dans des généralités un peu vagues.

On paraît serrer de plus près la question en mettant principalement en cause l'hérédité morbide, qui, pour la plupart des médecins, représente le plus ordinairement la véritable prédisposition vésanique. Or les faits d'hérédité morbide sont d'une interprétation assez obscure. Tantôt la mère transmet à l'embryon une maladie infectieuse comme la variole ou la syphilis, et il ne s'agit que de contagion fœtale; tantôt, gravement atteinte dans sa nutrition générale, tuberculeuse par exemple, elle enfante un produit débile, proie facile des germes morbides et surtout du bacille auquel il a échappé durant son développement embryogénique. D'autres fois, enfin, c'est le générateur qui, intoxiqué ou se trouvant en puissance d'une diathèse retentissant sur toutes ses cellules et par elles sur le rejeton futur, procrée un produit qui peut présenter des tares plus ou moins analogues aux siennes. La congénitalité joue donc un très grand rôle dans l'hérédité morbide; aussi est-ce avec raison que certains aliénistes, M. Bonchereau (1) notamment, ont insisté pour qu'on lui fasse une place importante dans l'étiologie de la dégénérescence.

Mais dans tous ces cas, en quoi les enfants ressemblent-ils aux parents; en quoi sont-ils proprement des héréditaires? Les fils d'ataxiques ne reçoivent pas le germe du tabes; ni les enfants de goutteux de celui de la podagre, ni les rejetons des persécutés de celui du délire systématisé. Le tabétique engendrera des aliénés, et ces derniers peuvent tout aussi bien être des fils d'arthritiques. Souvent même les enfants seront frus-

(1) Bonchereau. *Ann. méd.-psych.*, 1886, IV, 97.

trés, sans songer à se plaindre, de leur part d'héritage morbide ; c'est que dans les mystères de la génération les influences atavistiques qui assurent l'identité de l'espèce sont bien souvent les plus puissantes. Les caractères ne sont en somme guère plus facilement transmissibles en pathologie qu'en biologie. Habituellement donc, l'état morbide ne se lègue pas dans sa forme. Et lorsque les fils de tuberculeux le deviennent aussi et que certains enfants de mélancoliques ou d'hystériques et même d'épileptiques ont, comme leurs ascendants, des accès lypémaniques ou convulsifs, on peut se demander jusqu'à quel point la contagion physique et morale intervient pour provoquer des formes pathologiques semblables chez des individus semblablement faibles aux excitations pathologiques. Il n'est pas interdit de penser que les individus nés de sujets tarés peuvent présenter parfois une certaine susceptibilité spécialisée et ce serait là véritablement de l'hérédité morbide qu'ils rendrait aptes à manifester un jour la même maladie.

Mais d'ordinaire les cas dits héréditaires sont dissimulables. Les cellules génératives ou l'embryon lui-même ont été frappés dans leur développement normal par les empoisonnements et les troubles dystrophiques qui ont atteint primitivement les générateurs. Tous ces êtres nouveaux sont déviés des traditions biologiques de leur race. Leur capacité vitale est diminuée, leurs organes n'ont pas atteint leur développement structural ; leurs fonctions s'accomplissent mal et avec des hésitations et des erreurs physiologiques. Chez quelques-uns c'est le système nerveux qui paraît avoir été plus particulièrement lésé ; chez d'autres, c'est le poumon, les artères, le cœur. Il sont en naissant des victimes vouées à la folie, à la névropathie ou à d'autres maladies viscérales (1). C'est en cela qu'ils se ressemblent et qu'ils peuvent former les familles morbides, névropathiques ou diathésiques, les unes et les autres tendant à se confondre plutôt qu'à se séparer. Ce qui les unit, c'est d'être différents de leurs ancêtres normaux, ainsi que l'avait remarqué Morel (2), c'est de constituer des individus

(1) Joffroy. La folie choréique, *La Semaine méd.*, 1893, 91.

(2) Morel. De l'hérédité morbide progressive ou des types dis-

inachevés ou mal achevés, des sujets dégénérés si l'on veut. M. Féré (1) a dit avec raison que le caractère principal de l'hérédité morbide était la dissolution de l'hérédité atavistique normale, c'est-à-dire était un caractère négatif. Les sujets qu'elle paraît frapper se ressemblent entre eux plus qu'à leurs ancêtres, et c'est en cela qu'ils sont différents des gens sains.

Mais bien que l'hérédité morbide n'existe pas, au sens défini du mot, il n'en reste pas moins vrai que les êtres nés d'individus délabrés par un des grands processus pathologiques sont destinés, quelle qu'en soit la raison, à fournir la grande armée des névropathes et des diathésiques. Appelons-les des dégénérés, puisqu'ils le sont. Mais n'attachons pas à ce mot une signification restreinte. La dégénérescence est l'ensemble des tares biologiques qui diminuent la vitalité des individus, ainsi que leur adaptabilité au milieu, et tendent finalement à empêcher leur reproduction par les troubles apportés à l'hérédité normale. On a vu qu'elle ne se transmettait pas réellement, et l'on peut dire qu'elle est en général acquise par le germe futur, l'embryon ou encore l'être formé ou vivant; car l'enfant et l'adulte sont capables de dévier, sous certains processus de débilitation, du type normal, que leurs influences ancestrales les poussent à imiter. Un des caractères de cet état biologique morbide, c'est que les individus, chez lesquels on le constate, paraissent plus aptes que les autres à être envahis par des névropathies ou des psychoses.

Morel (2) et M. Magnan (3) ont émis une hypothèse d'après laquelle les tares héréditaires prodniraient, lorsqu'elles sont accumulées, une aptitude particulière à délirer d'une certaine façon. D'après cette doctrine, que M. Magnan a faite sienne par l'abondance et la valeur de ses recherches, l'hérédité renforcée et encore certains troubles congénitaux ou survenus ultérieurement à la naissance de l'individu, détermineraient un état de dégénérescence,

semblables dans les familles, *Arch. gén. de méd.*, 1867, IX, 385, 564.

(1) Féré. *La Famille névropathique*, 1894.

(2) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 513 et suiv.

(3) Magnan. *Ann. méd.-psych.*, 1886, III, 91 et suiv.

reconnaissable à des stigmates physiques et psychiques, ainsi que des formes vésaniques spéciales (délire d'emblée, polymorphe et court ; obsessions et impulsions avec conscience).

L'idée que des cerveaux malformés doivent réagir d'une façon différente et personnelle aux excitations psychopathiques est juste. Mais en pratique, combien le problème devient ardu, quand il s'agit de légitimer la réunion de ces types cliniques divers. Doit-on les réunir par la présence chez les sujets de tares héréditaires ? Mais parfois on ne les trouve pas, comme dans l'histoire de ceux qui, selon l'expression pittoresque de Lasègue, « héritent d'eux-mêmes », — tels les individus déséquilibrés par un traumatisme, une intoxication, une maladie infectieuse, et d'autres fois, au contraire, elles existent, bien que les sujets ne soient pas dégénérés au sens de Morel et de M. Magnan. Un fils de névropathe peut en effet échapper, ne serait-ce que par l'apport biologique de son deuxième parent, à l'influence morbide de son mauvais générateur. Cette différence entre les termes d'*héréditaire* et de *dégénéré*, qui a été bien mise en lumière par M. Ballet (1), est très importante. En clinique on confond souvent ces deux termes ; or, le fait d'être né de sujets tarés ne prouve pas qu'on le soit.

On en est réduit à rechercher dans les caractères cliniques seuls les éléments propres à différencier cette dégénérescence somatique et psychique. Mais comment isoler du *bloc*, qu'est encore la pathologie mentale, les psychopathies dites dégénératives ? Comment séparer, avec les uniques ressources de la clinique, là où il n'y a guère encore que confusion ? Les stigmates physiques et psychiques sont d'une utilité plus grande, et ce sera l'honneur de M. Magnan d'avoir poussé à leur étude. Ils nous apparaissent bien comme les manifestations d'un état biologique différent, anormal, dévié des saines tendances de la race. Mais combien répandus sont-ils et comme on les rencontre souvent ! Il faut donc accepter une conception de la dégénérescence plus vaste, une conception d'attente pour ainsi dire, qui permette de

(1) Ballet, In Charcot-Bouchard. *Traité de Médecine*, art. Psychoses.

classer pour l'étude un plus grand nombre de faits et dans laquelle le groupement de M. Magnan puisse tenir. La dégénérescence apparaît aujourd'hui (1) comme un état biologique inférieur, comprenant les psychoses, les maladies nerveuses et les accidents diathésiques. M. Joffroy, qui a souvent défendu cette opinion, pense que pour être atteint de psychoses, de n'importe quelle psychose, il faut être à un degré quelconque un déséquilibré. Maintenant qu'il y en ait de plus déséquilibrés, de plus dégénérés les uns que les autres, c'est évident ; et l'avenir, utilisant les documents déjà amassés, et c'est en cela que l'œuvre de Morel et de M. Magnan restera, et des documents non encore recherchés, les caractérisera plus sûrement et les divisera en des types cliniques différents.

Revenons à la prédisposition. Si donc, comme il résulte des travaux de Charcot, de Féré (2), de Charpentier (3), de Crocq fils (4), les aliénés, les arthritiques et bien d'autres individus atteints de maladies générales ou intoxiqués s'engendrent réciproquement, les rejetons de tous ces malades ont une prédisposition morbide bien élastique, qui, loin de leur assurer l'héritage du même accident pathologique, ne leur permet pas de choisir parmi ces grands groupes morbides : les psychoses, les névroses, les maladies arthritiques. Ils paraissent être indifféremment prédisposés à la chorée, à l'épilepsie, à la manie, à la gravelle, au diabète ou encore au cancer. Or, si ces parentés morbides sont établies par des observations multiples qui forcent notre opinion, si même on ne les accepte que réduites aux affections déjà bien nombreuses des groupes névropathique et psychopathique, dans tous les cas il faudrait admettre que la prédisposition héréditaire est une condition étiologique générale

(1) Joffroy. La folie choréique, ouvr. cité. — Congrès des méd. alién. et neur. (Session de Clermont-Ferrand, 1894). — Féré, *La famille névropathique*, 1894.

(2) Féré. *La famille névropathique*, ouvr. cité.

(3) Charpentier. De la valeur des hémorroïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale, *Ann. méd.-psych.*, 1887, p. 283 et suiv.

(4) Crocq fils. La folie diathésique. *Gaz. hebdomad.*, 1894.

sans signification précise. Un enfant d'aliéné est prédisposé, c'est vrai, mais à beaucoup d'affections. Et si un jour sa prédisposition prend une forme déterminée, il faut chercher le *quelque chose* qui lui a donné ce costume.

Ce quelque chose, c'est peut-être une malformation congénitale d'un appareil organique. La maladie de Little (1) et peut-être le tabes surviendraient chez des sujets dont les cordons pyramidaux ou les cordons postérieurs sont primitivement faibles; la chorée serait probablement due aussi, selon l'hypothèse de M. Joffroy, à une débilité native du système nerveux moteur, et les psychoses à des imperfections du tissu encéphalique impossibles à déceler aujourd'hui. A ce point de vue les recherches tératogéniques poursuivies par M. Féré (2) sont de nature à éclairer certains points du problème. Encore ne voit-on pas la possibilité de trouver jamais un jour le substratum anatomique d'une prédisposition à une sorte psychopathique définie. Mais on sent bien que c'est sur ce terrain que l'on doit rechercher les caractères somatiques de la prédisposition, c'est-à-dire de la dégénérescence.

La connaissance des tares héréditaires est une chose utile, mais ce n'est qu'un renseignement dont il faut interpréter la signification. Elle ne prouve pas que les tares aient été réellement transmises de l'ascendant où on les constate, au descendant qu'on examine. Quand on aura découvert des signes anatomiques déterminés, par exemple des imperfections du système nerveux qui affirmeront l'action de l'hérédité morbide, on sera plus autorisé à signaler cette dernière dans l'histoire d'un malade.

Actuellement, on met tous les antécédents névropathiques familiaux à peu près sur le même rang; or chacun a une importance bien inégale. Par exemple un homme a à vingt ans un accès vésanique accidentel; complètement rétabli, il se marie et, quelques années plus tard, il enfante un descendant. Ce dernier a certainement moins

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, 119.

(2) Féré. La famille névropathique, 1894. — *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1894.

souffert de la maladie paternelle que s'il était issu d'une femme qui aurait présenté durant le cours de sa gestation un état mélancolique avec dystrophie générale grave. Et, cependant, dans les deux cas cet individu serait fils d'aliéné, bien que le *renseignement héréditaire* soit dans l'une et l'autre circonstance de valeur bien différente. Comparez aussi les rejetons d'un syphilitique, qui ne présente plus aucune manifestation de la vérole et chez lequel la maladie infectieuse n'existe plus guère qu'à l'état de souvenir, avec ceux d'un alcoolique chronique qui est sans cesse intoxiqué, lui et ses germes (1). Ces quelques exemples suffisent pour faire comprendre que, dans l'étude de l'hérédité et de la prédisposition, il y a un *au delà* qui ne nous apparaît encore que couvert de voiles épais.

Admettons que la prédisposition puisse, le jour où elle sera mieux connue dans son substratum anatomo-clinique, rendre compte de la localisation des troubles nerveux et jusqu'à un certain point de leur forme, puisque cette dernière varie avec l'organe atteint. L'excitation morbide décèle chez le sujet ses imperfections anatomiques ou physiologiques, son tempérament et ses habitudes psychiques ; d'où les idées délirantes professionnelles, et les idées de persécution survenant chez des caractères soupçonneux, comme l'a bien observé en France M. Charpentier (2). Mais tous ces éléments étiologiques sont liés à l'organisation du malade ; n'y en a-t-il pas d'extérieurs au sujet ? Et peut-on dire que la prédisposition, même en accordant à ce mot tout le sens qu'il peut renfermer, est la vraie cause de la maladie mentale ?

Dire cela, c'est employer une expression quelque peu impropre. La cause est l'antécédent nécessaire d'un fait. Or il n'est pas nécessaire d'être né d'un épileptique pour le devenir, puisqu'on peut l'être un jour beaucoup plus facilement en descendant d'un alcoolique. Un rejeton d'un aliéné n'est pas non plus certain de le devenir lui-même. Tous les fils de névropathes ne sont en résumé que plus aptes que d'autres à être atteints d'une mala-

(1) Joffroy. Leçons professées à l'asile Sainte-Anne, 1895.

(2) Charpentier. Des idées morbides de persécution, *Ann. méd.-psychol.*, 1888, VII, 105.

die nerveuse ou mentale. Leur hérédité n'est qu'une condition étiologique de leur maladie, mais non pas la cause efficiente. On ne peut pas plus dire que cette prédisposition héréditaire, pouvant avorter ou revêtir tant de formes, est le facteur même d'une maladie déterminée, que de soutenir que la structure particulière du tissu osseux est la cause des fractures en cas de traumatisme. Dans ce dernier cas les raisonnements les plus spécieux ne feront pas que le traumatisme soit la cause effective de la lésion osseuse, qu'a rendue facile, si l'on veut, la constitution particulière de l'organe.

La prédisposition c'est, si l'on veut prendre un exemple dans l'anthropologie criminelle, la naissance, la congénitalité du délinquant, les autres facteurs constituant les influences du milieu. Il est curieux que beaucoup d'aliénistes, qui admettent que la véritable cause de la folie c'est la prédisposition, repoussent la théorie de Lombroso, qui, comme eux, soutient que la cause effective du crime chez quelques-uns c'est leur naissance. Hé bien ! il semble logique d'admettre que les causes dites occasionnelles sont aussi importantes dans la détermination du délire que les influences du milieu dans le développement des idées criminelles.

Ces causes occasionnelles sont-elles capables d'imprimer à la maladie nerveuse une forme morbide particulière ? Il est commode de répondre par la négative ; mais le problème est excessivement complexe. On objecte souvent que la plupart des causes connues, bien que différant entre elles, peuvent éveiller une même maladie nerveuse ou mentale, l'hystérie, un délire mélancolique, et que d'autre part le même facteur peut se rencontrer dans l'étiologie de plusieurs maladies différentes. Mais cela n'existe-t-il pas dans la pathologie générale, à laquelle il faut toujours recourir, parce qu'elle comporte une plus haute généralisation ? On sait aussi que chaque élément étiologique, le froid, une fièvre éruptive, un traumatisme, est susceptible de produire des maladies variées, une néphrite, une pleurésie, une pneumonie et que, par contre, chacune de ces maladies peut être déterminée par des facteurs différents. Dira-t-on pour cela qu'entre la scarlatine et la néphrite qui la suit, il n'y a qu'un rapport étiologique d'occasion, et se conten-

tera-t-on d'affirmer que si le malade est devenu brigh-tique, c'est que l'état de ses reins l'y prédisposait?

Mais est-ce que les microbes eux-mêmes, les déterminants pathogènes considérés jusqu'à aujourd'hui comme les plus fixes, ne varient pas dans leurs lésions? Le pneumocoque ne peut-il pas déterminer les altérations les plus diverses, selon sa localisation sur le poumon, le cœur, les méninges ou les amygdales, et d'un autre côté une endocardite ne peut-elle pas être produite par plusieurs microbes différents? Est-ce que pour cela la notion étiologique est détruite? Mais nullement, et l'on essaye de constituer de nouveaux groupes symptomatiques avec l'idée de rapporter les formes morbides à leurs facteurs. L'étude du streptocoque, du pneumocoque, agents locaux, est remplacée par celle de la streptococcie, de la pneumococcie, maladies générales (1), qui ne sont, en somme, que les modes particuliers et constants de réaction de l'organisme attaqué par ces microbes spéciaux.

En définitive, disons, si l'on veut, qu'il n'existe pas, dans la pathologie tout entière, de maladies rigoureusement limitées, qu'il n'y a — artificiellement groupés pour constituer des entités morbides — que des syndromes de réaction des divers appareils de l'organisme, lesquels peuvent être actionnés par divers agents morbides. C'est pour cela que les épilepsies, les angines, les endocardites, par exemple, ont toutes et quelle que soit la diversité de leurs modes de production, beaucoup plus de symptômes communs que de dissemblables, car elles ne représentent que les manières des divers organes de répondre à certaines irritations.

Mais est-ce qu'il ne faut pas pour cela étudier les symptômes dissemblables et s'aider d'eux pour établir des variétés morbides différentes par leurs causes, leur aspect et leur évolution? Sinon, on ne décrirait qu'une pleurésie, une péritonite, une arthrite, c'est-à-dire que l'on ne sortirait jamais d'une pathologie générale métaphysique, sans réalités concrètes. D'autre part, il est évident qu'il ne faut pas tomber dans l'excès d'ana-

(1) Brouardel, Gilbert et Girode, *Traité de médecine*, I, 515.

lyse, qui fait voir des espèces pathologiques là où existent à peine quelques variétés superficielles. Mais quelle est la limite entre ces deux défauts, entre une synthèse de presbyte et une analyse de myope?

On a essayé (1), dans ces derniers temps, de démontrer — ce que Charcot a parfaitement fait pour l'hystérie — que toutes les épilepsies étaient une seule et même manifestation névropathique, ne survenant que chez des individus tarés et à l'occasion des accidents les plus variés (maladies de l'enfance, tumeurs de l'encéphale, grossesse, urémie, rougeole, etc.). Cela est vrai, et il était nécessaire que cela fût dit. Mais n'est-il pas vrai aussi que l'aspect clinique et l'évolution de toutes ces épilepsies sont nu peu différents? Les épilepsies jacksoniennes indiquent souvent, par la localisation des troubles convulsifs, une irritation des centres nerveux, qu'une trépanation peut faire cesser en entraînant la disparition des crises; les éclampsies puerpérales finissent en général après l'accouchement. Ces signes et bien d'autres encore ne suffisent-ils pas pour — tout en maintenant ces hautes généralisations si utiles pour l'interprétation d'ensemble des phénomènes — légitimer une division des épilepsies basée sur leur origine et intéressant le pronostic et la thérapeutique de ces affections? L'analyse ne détruit pas la synthèse; elle la confirme.

Cette répugnance à admettre des variétés morbides plus nombreuses n'existe pas dans la médecine générale. Est-ce que dans le cas d'une pleurésie, d'une péritonite, d'une angine, on ne recherche pas à quelle variété étiologique on a affaire pour appliquer un pronostic et un traitement convenables. Or, si l'on ne devait tenir compte que des ressemblances que présentent les complexes symptomatiques entre eux, il faudrait réunir, dans de grandes descriptions schématiques, toute la pathologie des divers appareils de l'organisme.

Qui ne voit, en définitive, que c'est là plutôt une question de mots? Les faits restent et ils sont différents. Leur classification est, surtout en médecine mentale,

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

purement conventionnelle; l'évolution des doctrines, tantôt les sépare, tantôt les unit. Chacun peut se montrer plus ou moins sévère pour établir une espèce nosologique distincte. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que nos divisions sont toutes artificielles, toutes provisoires. Laissons-les donc et sans perdre du temps à les légitimer ou à les combattre — puisqu'elles sont toutes des créations périssables de notre esprit — attachons-nous à établir des rapports de plus en plus nombreux des phénomènes pathologiques avec leurs éléments étiologiques. Peu importe après tout que l'on affirme ou que l'on nie que les premiers sont unis aux seconds par un lien de *nature*, d'*origine* ou d'*occasion*.

Il ne faut donc pas être trop exigeant en pathologie mentale, et vouloir qu'il y ait là, par exception aux lois de la pathologie générale, des psychoses absolument spéciales à la puerpéralité, à la variole, au cancer, au traumatisme, etc... Mais — et c'est là où je veux insister — les agents pathogènes ont chacun des modes d'action qui les rendent un peu personnels et qui permettent de les grouper. Le poison diphtérique éveille volontiers des paralysies; le rhumatisme, des endocardites; la scarlatine, des néphrites. C'est dans la détermination plus que dans la spécificité des lésions que l'on peut reconnaître l'agent étiologique. De même en pathologie nerveuse, le saturnisme provoquera plus volontiers des paralysies, le rhumatisme de la chorée, et peut-être la syphilis le tabes. Et pour en arriver à la psychiatrie je pense qu'il existe des syndromes, des modes de réaction du cerveau lésé et correspondants non pas à chaque agent irritatif, mais à un groupe de processus morbides analogues.

Les partisans de la prédisposition prédominante font volontiers remarquer que les diverses causes psychopathiques ne provoquent pas de folies spécialement cancéreuse, tuberculeuse, brightique, puerpérale, et que la manie, la mélancolie qu'on y observe sont semblables à celle que l'on constate ailleurs. Mais je voudrais bien que l'on me dise s'il existe des formes vésaniques types, pour qu'on soit pleinement autorisé à leur comparer ce que l'on voit dans diverses circonstances. Comment peut-on affirmer, par exemple, que dans telle névrose la

manie, la mélancolie, le délire des persécutions ne se distinguent en rien des formes ordinaires. Que sont-elles celles-là ? et notamment le délire des persécutions qui présente tant de modalités cliniques ? Il serait peut-être plus logique d'admettre, non pas que ces troubles mentaux ressemblent aux états vésaniques connus, mais que rien pour le moment ne permet de les isoler du chaos symptomatique qu'est encore la clinique mentale.

Il est une série de faits où tout le monde admet l'influence souveraine du facteur étiologique, ce sont les cas de délire alcoolique. Voilà, par exemple, un individu dont l'hérédité est chargée. Il commence à boire tout jeune ; un jour enfin, il est pris d'un premier accès délirant avec hallucinations terrifiantes, extrême agitation, panopobie. Cet accès est suivi plus tard d'autres semblables et de courte durée. C'est la cinquième, sixième, septième fois qu'il entre à leur occasion à l'asile. D'où vient que ce malade qui a eu d'autres accidents morbides, des chutes, des émotions, des troubles organiques plus ou moins intenses, n'a déliré qu'après des excès d'alcool ? Cependant sa prédisposition est toujours la même et n'aurait pu s'éveiller à d'autres occasions. D'autre part, l'alcool a déterminé toujours le même délire. Cette continuité dans les effets n'est-elle pas une marque irréfutable de l'importance de cette cause directe, qui imprime si sûrement et à tous les coups son cachet pathognomonique ?

Or, si cette cause était purement occasionnelle, elle éveillerait des psychoses quelconques, tout comme la puerpéralité ou un choc moral. Mais si, en effet, des faits de ce genre sont observés, le plus souvent — dans la grande majorité des cas même — l'action de l'alcool se manifeste, quand il a eu le temps d'empoisonner l'individu, par un délire assez spécial avec hallucinations mobiles et terrifiantes, etc. Tout le monde appelle cet état psychopathique du nom de sa cause occasionnelle, *délire alcoolique*. On reconnaît donc que l'élément étiologique peut imprimer un caractère clinique à la forme vésanique, toute question de prédisposition réservée. Et cependant ce délire dit alcoolique n'est pas même spécial à l'alcool, puisqu'on le retrouve dans la plupart des intoxications. Ce n'est, en somme, qu'un

délire toxique. Quand on retrouve la même physionomie clinique dans d'autres empoisonnements, dans le saturnisme, par exemple, ou dans l'intoxication urinaire, pourquoi ne dirait-on pas *délire plombique*, *délire urémique*? Tous ont autant ou aussi peu de droits à cette appellation étiologique. Pourquoi l'alcool serait-il une cause efficiente et les autres poisons non? Pourquoi?

La forme de la véspanie dépend donc quelquefois de la qualité de la cause. Sa durée dépend aussi de la dose étiologique ou du temps pendant lequel l'élément pathogénique agit. Car tout le monde sait qu'un des moyens qui réussissent le mieux dans la thérapeutique des maladies mentales, c'est de priver de boissons l'alcoolique délirant, qui le plus souvent cesse de cette manière de divaguer. Il est vrai que lorsqu'un alcoolique sevré de boisson continue à délirer, on dit que sa prédisposition est plus forte. Mais notez que ce diagnostic est ordinairement rétrospectif, il aurait plus de valeur s'il affirmait, dès le début, la durée de la psychose, bien entendu quand celle-ci a nettement le caractère de l'intoxication alcoolique, et ce sur l'inspection seule des tares dégénératives du sujet. Or, ce diagnostic n'est pas commode à établir.

Les exemples que je viens de choisir volontairement parmi les plus simples, parmi les plus banales, pourraient être suivis de plusieurs autres. Mais je préfère rester dans des considérations générales pour me mettre à l'abri des contradictions.

Ce qui a fait délaier l'étude des causes dites occasionnelles, c'est la mauvaise voie dans laquelle elle a été engagée. On s'est mis à décrire des folies tuberculeuses, hépatiques, cancéreuses, et ce sont en effet d'étranges conceptions. Mais il ne faut pas non plus se rejeter dans un sentier opposé et déclarer, ou à peu près, que la prédisposition fait ce qu'elle veut et que les autres causes n'ont aucune influence dans la genèse des psychopathies. Je crois au contraire qu'elles en ont; et je m'appuierai pour cela sur l'autorité de Morel lui-même, qui pourtant n'est pas suspect dans cette question, puisque c'est lui qui a contribué le plus à faire de la prédisposition véspanique la cause psychopathique principale.

Ce grand aliéniste disait (1) : « La nature du délire est toujours en rapport avec la nature de la cause et la gravité de la lésion. » Et, ailleurs, Morel expliquait que dans l'étiologie d'une vésanie il fallait considérer la prédisposition, la cause et la lésion, c'est-à-dire le trouble fonctionnel par lequel la cause agit. La cause, c'était pour lui l'alcool, l'hystérie, l'épilepsie ; la lésion, c'étaient les troubles plus ou moins cachés, les altérations de la nutrition qui agissent directement sur le cerveau en éveillant et en entretenant les troubles intellectuels. Mais la cause est une grosse étiquette qui ne peut servir à caractériser une vésanie : l'alcool n'agit pas autrement que le plomb, si bien que tous deux provoquent de la même manière le même délire. D'autre part dans une cause, la puerpéralité, par exemple, il y a, comme je l'ai montré ailleurs (1), plusieurs processus pathogéniques, l'auto-intoxication de la grossesse, le traumatisme de l'accouchement, l'infection de la période post-puerpérale, l'épuisement de l'allaitement, qui tous tendent à provoquer des délires un peu spéciaux.

La cause, c'est l'hypocondrie de Morel, névrose spéciale qui n'a jamais été une entité morbide bien définie ; c'est aussi la tuberculose, la cirrhose hépatique, le cancer. Sa connaissance importe peu dans l'étiologie des maladies mentales, mais plutôt celle des processus morbides qu'elle actionne. Il n'y a pas et il ne peut y avoir de folie puerpérale, ni urémique, ni variolique, ni typhoïdique. Mais il y a des délires diffus et hallucinatoires en rapport avec les septicémies puerpérales, de la variole et de la fièvre typhoïde, et l'empoisonnement urinaire. Il y a des délires transitoires éclatant au moment d'un traumatisme, que ce soit une fracture de jambe, une chute sur la tête, ou encore un accouchement ; dans tous ces cas, l'évolution des troubles mentaux sera brève. Il y a des psychoses asthéniques de la convalescence des fièvres graves et qui pourront aussi s'observer dans des états de dépression, amenés par la misère physiologique, l'inanition, le surmenage ou encore par

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 113.

(1) Ed. Toulouse. Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, *Gazette des hôpitaux*, 1893, 1077.

une émotion morale fortement débilitante. *En d'autres termes, il n'y a pas de psychoses étiologiques, mais des psychoses pathogéniques.* Et si l'on va un peu à l'aveugle dans cette voie embroussaillée et encore mal éclairée, toutefois a-t-on la conscience qu'on marche sur un sol ferme, nullement métaphysique, et où les réalités se dessinent peu à peu.

Il y a des faits qu'on ne peut détruire. Lorsqu'un délire a une forme et une durée en rapport avec la cause agissante, on doit admettre que celle-ci a un rôle pathogénique puissant — toute prédisposition admise *a priori*. On sait par exemple que les intoxications se manifestent d'une certaine manière bien connue. D'autre part, la fièvre et l'infection des maladies aiguës provoquent des troubles mentaux dont l'évolution est en général dépendante des processus pathologiques qui les ont éveillés. Des psychoses alternent avec des accidents diathésiques, des accès de goutte ou des attaques de rhumatisme sont liés à l'apparition ou à la disparition des troubles mentaux. D'autres se rattachent à des altérations de certains organes; des lésions d'oreilles provoquent et entretiennent des hallucinations qui disparaissent avec celles-là. Enfin, lorsque les cellules nerveuses de l'encéphale sont atteintes (démence sénile et paralysie générale), l'intelligence s'affaiblit fatalement, toute prédisposition réservée. Voilà donc une série de faits qui prouvent qu'il y a bien un rapport entre la cause ou, du moins, entre le processus pathogénique et le trouble mental.

Que les conditions de ce lien soient encore obscures, c'est ce qu'on ne peut nier; mais ce n'est pas non plus une raison suffisante pour délaissier leurs recherches et pour remplacer ces dernières par une conception générale de causalité par trop imprécise.

En résumé, la prédisposition est une condition étiologique que l'on trouve en pathologie mentale comme partout ailleurs. On ne peut dire qu'elle suffise à expliquer l'apparition d'un accès délirant et sa forme clinique. Elle n'est rien qu'une condition, une force vague, indéfinie, qu'il faut actionner pour mettre en valeur. Est-ce qu'elle n'existe pas dans la pathologie interne, où cependant on ne lui fait pas jouer le rôle quelque

peu illégitime qu'on lui accorde en psychiatrie ? Il n'est pas de maladie infectieuse, générale ou accidentelle, où l'on ne puisse invoquer la nécessité plus ou moins grande d'une aptitude morbide particulière : là aussi il y a des tempéraments réfractaires et d'autres prédisposés à la pneumonie, à la variole, au croup. Tout le monde ne peut pas plus avoir la scarlatine qu'un accès de manie ; mais cette prédisposition mystérieuse n'a jamais été donnée comme une explication étiologique suffisante.

On a cherché et trouvé la cause de la phthisie, que l'on proclamait héréditaire ; il faut que le sujet soit prédisposé par sa naissance ou par des fatigues physiques prolongées ; mais il faut aussi un microbe spécial arrivant à produire des lésions pulmonaires déterminées. Quel médecin ne croit que l'ivrogne d'habitude qui a une cirrhose hépatique a gagné cette maladie parce que son foie n'a pu résister au poison, c'est-à-dire était prédisposé à la lésion qui l'a envahi ? Cela n'empêche pas qu'on a essayé d'établir un rapport entre l'alcool et l'altération du foie, c'est l'histoire *des cirrhoses alcooliques veineuses*.

Si l'on voulait être sévère même dans les expressions qui traduisent nos conceptions médicales, il faudrait peut-être supprimer ce mot de cause, qui, par sa signification absolue, a provoqué déjà bien trop de discussions stériles. J'ai rappelé plus haut que la cause éveillait l'idée d'un antécédent nécessaire et constant. Or, combien rarement un phénomène agit de cette manière en médecine mentale, et même en pathologie générale. Un alcoolique délire. Dira-t-on que c'est à cause de l'alcool ? Mais tant d'individus boivent davantage et ne déraisonnent pas. Sera-ce parce qu'il est fils d'aliéné ? Mais tant d'autres rejetons de psychopathes commettent des excès de boissons et ne sombrent pas à cette occasion. De même, un vieillard tombe et se fracture le fémur ? Quelle est la cause, c'est-à-dire l'antécédent nécessaire ? Est-ce la chute qui si souvent ne s'accompagne pas de cet accident ? L'état poreux de l'os ? Mais sans l'occasion du traumatisme, ce fémur se serait-il cassé ?

Ce qui est vrai, c'est qu'en biologie il y a rarement une cause au sens du mot, il y a des *conditions étiologiques* qui sont le plus souvent nombreuses. Admettre

l'absolue prépondérance de l'une d'elles, c'est peut-être en s'en contentant s'empêcher de rechercher les autres. Or, toutes sont justiciables des mêmes critiques, formulées de la même manière. On s'étonne, par exemple, que sur un si grand nombre d'accouchées il y en ait en somme fort peu qui délirent, et l'on table là-dessus pour prouver qu'une puerpérale doit, pour devenir aliénée, être une héréditaire, c'est-à-dire une fille d'un nerveux ou d'un psychopathe. Mais on peut tout aussi bien se montrer émerveillé que sur tant de descendantes de névropathes de toute espèce, dont la présence dans les antécédents familiaux suffit, quand c'est nécessaire, pour expliquer la genèse d'un délire, il y ait en somme fort peu de femmes qui deviennent folles à l'occasion d'une grossesse.

Tous ces grands arguments ne sont donc point sans réplique. Mais il serait sans profit de chicaner là-dessus. Un simple fait peut montrer l'importance des causes directes. On sait, par exemple, que l'homme est beaucoup plus exposé à la paralysie générale que la femme. Pourquoi? Si la prédisposition était tout, la paralysie générale devrait être également fréquente dans les deux sexes, puisque frères et sœurs ont les mêmes parents; or, il est loin d'en être ainsi. C'est donc que les causes dites occasionnelles, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, ont un pouvoir étiologique qui doit nécessairement s'exercer pour que cette prédisposition soit actionnée.

Pour conclure, je dirai donc : la prédisposition, et notamment la prédisposition héréditaire, est, quoique ce ne soit pour nous, le plus souvent, qu'une notion bien vague dont il serait désirable de rechercher les raisons anatomo-physiologiques, une des conditions étiologiques les plus favorables à l'éclosion des délires. C'est, comme le répète souvent M. le professeur Joffroy, la graine qui attend pour se développer l'engrais convenable. Mais cet engrais peut être différent, et plus ou moins différent alors sera le développement de la graine; car aucune force — en biologie comme en physique — ne doit se perdre. Les autres facteurs des vésanies, les causes dites occasionnelles sont donc très importantes à étudier, puisque ce sont eux qui donnent souvent l'orientation

et la tonalité générale de la névropathie. Selon que l'aptitude vésanique sera plus ou moins grande, les causes directes pourront être de moins en moins puissantes. M. Magnan, pourtant un des plus fermes convaincus de l'action toute-puissante de l'aptitude vésanique, croit que l'absinthe doit déterminer des attaques d'épilepsie chez des sujets nullement prédisposés. On pourrait en dire autant de certains accidents morbides. Et si une émotion légère peut provoquer une aliénation mentale chez un sujet profondément déséquilibré, je crois que certains états morbides, tels qu'une fièvre de 42 degrés ou certains empoisonnements doivent forcément aussi causer un délire plus ou moins durable. Dans ces cas, n'importe qui, de par quelqu'un de ses nombreux ascendants, a assez de prédisposition pour présenter un trouble cérébral : il lui suffit presque d'avoir un cerveau pour être en état d'aptitude morbide. Il ne faut donc rien délaissier dans l'étude de l'étiologie vésanique, qui ne peut être simplifiée sans danger.

On doit accepter la notion de la prédisposition comme une des vérités les plus nécessaires; mais il serait désirable qu'on cherchât à la préciser, à montrer ce qu'elle est par exemple anatomiquement et embryogéniquement, à la faire sortir du domaine des généralités, pour celui des faits particuliers, et montrer que telles tares héréditaires ou telles lésions acquises sont les conditions habituelles d'un groupe d'états morbides.

Il serait à souhaiter aussi que les processus pathologiques qui représentent les causes occasionnelles fussent dégagés de leurs étiquettes grossières. Les dissocier dans chaque maladie pour les réunir dans un autre groupement pathogénique, voilà ce qu'il faut tenter. Quand on saura ce qui correspond dans la vie intime de nos cellules à une intoxication, à une infection, à une émotion forte, à un traumatisme, on saura peut-être pourquoi l'individu qui a subi l'une de ces atteintes est excité, déprimé, halluciné.

Tout cela, je le crains, n'expliquera pas tout encore. Le malade a, en lui, une foule de déterminants psychopathiques; et son caractère, gai et confiant, son énergie, sa volonté, ses connaissances intellectuelles impriment constamment leur cachet au délire. Tout en se mouvant

dans le cadre vésanique déterminé par la cause actionnante, il peut encore se montrer très personnel. Excité, il le sera surtout par ses gestes ; déprimé, il ira plus ou moins vite au refus des aliments ; il concevra des tableaux terrifiants en rapport avec son imagination, manifestera des idées de scrupule, des idées de dévotion ou de possession. Tel deviendra érotique, alors que tel autre sera plutôt poussé vers le mysticisme, et que tel autre encore se transformera en persécuté.

Il est probable que l'on ne pourra de sitôt classer en aliénation mentale les formes morbides variées qui résultent de la combinaison de tant d'actions extérieures et intérieures. Tout ce qu'on peut espérer savoir bientôt, c'est la raison anatomo-physiologique de son aptitude délirante, c'est aussi le rapport entre certains processus, qui peuvent être provoqués par les maladies les plus diverses, et certains états vésaniques simples, c'est enfin l'influence de quelques habitudes mentales sur les idées délirantes.

Je termine en vous priant de m'excuser si je me suis trop étendu sur cette question de l'étiologie des psychoses, que je n'ai pas voulu surcharger de documents qui seront mieux à leur place ailleurs. Je me suis efforcé de ne pas trancher le débat, heureux si j'ai convaincu quelques-uns d'entre vous d'y prendre part et d'y apporter le fruit de leurs réflexions et le poids de leur autorité.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — M. Toulouse nous dit que de nombreux aliénistes admettent la prédisposition comme cause de la folie. Je ne crois pas que la prédisposition ait jamais été considérée, par un aliéniste sérieux, comme une cause déterminante des maladies mentales ; elle offre simplement un terrain favorable à leur éclosion et à leur évolution.

La séance est levée à 6 heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

BIBLIOGRAPHIE

Contributo allo studio delle allucinazioni verbali psicomotrici (Contribution à l'étude des hallucinations psychomotrices); par le D^r A. Arnaldo Pieraccini. Manicom prov. de Macerata dirigé par G. Angelucci. (Extrait du journal *Il manicomio moderno*, an. IX, n^o 1-2). Nocera inferiore. Tip. del manicomio, 1893.

Des vingt cas cliniques d'hallucinations verbales motrices existant dans la science (1893), observés dans la mélancolie et surtout dans le délire chronique (paranoïa), l'auteur, qui apporte deux cas nouveaux, et qui n'a pu connaître le cas d'hallucinations verbales motrices chez une paralytique générale publié par Paul Sérieux (1), arrive à quelques conclusions générales d'une très grande portée, témoignant d'un sens critique fort pénétrant.

Outre que, dans la majorité des cas, les hallucinations du centre d'articulation verbale ont été précédées d'hallucinations verbales auditives, comme celles-ci l'avaient été d'hallucinations acoustiques élémentaires, dans un ordre parallèle à celui de la formation du langage (Ségla), ni chez les deux malades de Pieraccini, ni dans la plupart des observations, sinon dans toutes, les hallucinations verbales motrices n'étaient pures : les éléments de l'audition verbale étaient loin de faire défaut dans les voix que percevaient ces malades, non plus d'ailleurs que les phénomènes moteurs des différentes parties qui concourent à l'expression de la parole articulée, telles que la langue, les lèvres, les mâchoires, le pharynx, le larynx, l'épigastre, la poitrine, le diaphragme, le ventre, etc. Qu'on relise avec soin les observations que les auteurs ont présentées comme des cas d'hallucinations verbales motrices pures, on y démêlera sans peine certaines façons de dire qui impliquent la nature mixte de ce genre d'hallucinations. Ainsi, le malade distingue très bien, au timbre de la voix, les diverses personnes de sa con-

(1) *Archives de neurologie*, 1894, n^o 87.

naissance dont il perçoit intérieurement la voix, quel que soit le point du corps où il la localise. Pieraccini cite à l'appui des observations de Séglas, de Ballet, de Roubinovitch.

Aussi bien, dans les conditions physiologiques, les images verbales sont souvent, sinon toujours, de nature mixte, c'est-à-dire à la fois auditives, motrices, etc. Les images verbales visuelles et motrices graphiques sont également associées entre elles et avec les premières, auxquelles elles sont subordonnées dans l'évolution du langage chez l'individu comme dans la race. Il est impossible de se représenter la vision d'un mot ou les mouvements graphiques qui servent à l'écrire, sans éprouver, simultanément avec le réveil de l'image tonale de ce mot, de faibles contractions à peine perceptibles dans la langue, les lèvres, le larynx. Pieraccini cite même une phrase du *Traité de l'angine glanduleuse* (1857, p. 51) où, d'après le témoignage de Gueneau de Mussy, des angineux ont assuré que la seule action d'écrire provoquait chez eux une sensation douloureuse du pharynx. Si donc il est rationnel d'admettre théoriquement quatre types d'hallucinations verbales correspondant aux quatre types de sujets appelés auditifs, moteurs d'articulation, visuels et moteurs graphiques, en réalité, dans la pratique, on n'observe que des types mixtes. Chez les individus du type moteur, les éléments constitutifs du langage intérieur ne consistent pas plus en pures représentations mentales de mouvements d'articulation qu'en simples images tonales ou graphiques chez les individus du type auditif ou visuel. Les images verbales auditives, acquises les premières et formant en quelque sorte la pierre angulaire de l'édifice du langage, ne doivent jamais faire absolument défaut dans la parole intérieure, à l'état normal ou pathologique. Seule, la prédominance de l'un des quatre éléments constitutifs du langage humain permet de classer l'individu à cet égard et de caractériser cliniquement la nature de ses hallucinations. Mais, au fond, tous les cas des prétendues hallucinations verbales motrices sont mixtes, et l'image verbale auditive accompagne toujours à quelque degré l'image verbale motrice d'articulation.

Les hallucinations de presque tous ces malades offrent le caractère de l'obsession : conservation de la conscience, angoisse paroxystique suivie d'un calme relatif. Les hallucinations verbales obsédantes et conscientes rentrent donc dans la catégorie des syndromes de l'onomatomanie. Seulement, l'image verbale qui, après son évocation, demeure dans le langage intérieur

chez l'onomatomanie, est projetée au dehors sous forme d'hallucination motrice verbale chez les malades dont il s'agit.

Quelle est la genèse de ces hallucinations? Elle est, selon Pieraccini, la même que dans l'écholalie, dans le langage réflexe où les malades répètent automatiquement les paroles. En d'autres termes, il s'agit d'un état d'éréthisme du centre verbal moteur. Quant au mécanisme pathogénique de ces voix intérieures, l'auteur en trouve l'explication dans l'activité inconsciente de la pensée due à la désagrégation psychique. On sait combien est fréquente, dit-il, chez les délirants chroniques (paranoïci) et chez les dégénérés cette désagrégation des éléments de l'intelligence qui, chez les normaux, concourent à la formation de l'unité de synthèse mentale, et qu'il peut exister, chez le même individu, deux ou plusieurs synthèses mentales, dont la plus étendue, ou qui résulte d'une activité plus intense des processus d'association, représente la conscience de l'individu, tandis que les autres lui demeurent inconnues jusqu'à ce que, devenues à leur tour assez intenses, elles fassent en quelque sorte irruption dans la conscience ordinaire, sous forme d'hallucinations verbales ou d'impressions de toute autre nature.

Aucun centre cortical ne serait plus capable que les centres du langage de faire ainsi pénétrer la pensée inconsciente dans le champ de la conscience. « Cette voix n'est pas miennne, dit un des malades de Pieraccini, et ces pensées ne sont pas miennnes. » En causant avec ces hallucinés, l'auteur a pu se convaincre que, entre ce que disent les voix intérieures, résultant d'un travail inconscient de l'intelligence, et ce que pensent ou sentent actuellement les malades, il existe des rapports évidents d'association par contraste ou par analogie. Ces voix intérieures peuvent être, d'ailleurs, aussi d'origine consciente, comme chez Tercsa A. (1). Mais presque constamment elles dérivent d'un travail inconscient de l'intelligence, ce qui entraîne, chez ces malades, deux conséquences presque constantes : 1° interprétation délirante de ces voix ; 2° dédoublement de la personnalité.

Dans les vingt observations connues d'hallucinations verbales motrices, les interprétations données par les malades ont toujours été délirantes (possession du diable, présence dans la

(1) V. les *Annales*, nov.-déc. 1893, p. 494, où j'ai rendu compte de cette observation clinique.

tête, le ventre, l'épigastre, etc., de prêtres, de sorciers, de médecins, etc., ou action à distance des machines, etc.). De même, le dédoublement de la personnalité a manqué très rarement. En effet, ce qui doit résulter logiquement de la perception étrange et nouvelle de ces voix intérieures, c'est la conviction, chez le malade, qu'il est devenu double. « Nous sommes quatre ici, dit un des malades de Pieraccini, qui parlait devant ce médecin et le D^r Angelucci : nous sommes trois et la voix ; moi, je suis devenu double. »

Outre l'interprétation délirante et le dédoublement de la personnalité, on a noté (Séglas, Falret) quelquefois des accès de mutisme plus ou moins prolongés, toujours en conséquence de l'état d'activité hallucinatoire du centre verbal moteur d'articulation. L'invasion de ce centre par des images verbales motrices d'origine sans doute inconsciente, si elle devient extrême, empêche le malade de répondre aux questions du médecin. Au contraire, quand il répond, il ne perçoit plus ses voix intérieures. Voilà pourquoi, afin d'échapper à la tyrannie de celles-ci, quelques malades parlent à voix basse de choses indifférentes, retiennent leur respiration, répètent plusieurs fois de suite, et tout haut, quelque interjection énergique, ou roulent quelques pierrettes dans leur bouche pour mettre obstacle aux mouvements de la langue.

JULES SOURY.

Le lesioni delle aree corticali extrarolandiche come causa dell'epilessia (Les lésions des aires corticales extrarolandiques comme cause de l'épilepsie) ; par le D^r Luigi Roncoroni. Clinique psychiatrique de l'Université de Turin. *Giornale della reale Accad. di medicina di Torino*. Torino, 1893.

Nous avons déjà parlé des idées de l'auteur sur la pathogénie de l'épilepsie (*Annales médico-psychol.*, XVIII, 1893, 328 et suiv.). L'accès est dû, selon lui, à la diminution de l'action inhibitrice de ce qu'il nomme les « centres supérieurs » du cerveau, et à une augmentation parallèle de l'excitabilité des aires motrices, sensorielles, etc., selon les diverses espèces d'épilepsie. Les observations ici rapportées ont trait à des cas où les lésions portaient sur les aires corticales situées en avant ou en arrière de la zone rolandique. Ainsi, dans les cas de

lésions des lobes frontaux, l'espèce de soulèvement ou de révolte des centres inférieurs produisant l'épilepsie serait due à une altération des centres supérieurs et partant à une défaillance de leur pouvoir d'inhibition. Ce pouvoir n'appartiendrait pas en propre, d'ailleurs, aux lobes frontaux : toute lésion cérébrale, quel qu'en soit le siège, en dehors de la zone motrice, pourrait produire le même effet. Si les centres supérieurs sont localisés dans les lobes frontaux, dit-il, qu'ils soient ou non directement lésés, ils n'en subissent pas moins le contre-coup des altérations de l'encéphale ; car, pour fonctionner normalement, les lobes frontaux ont besoin du concours de toutes les activités cérébrales. Le résultat de ces altérations sera un désordre correspondant des centres subordonnés, des aires motrices en particulier.

Afin de prouver son dire, l'auteur, s'inspirant d'anciennes expériences de M. Brown-Séquard, a institué quelques recherches sur les animaux (chiens et cobayes). Pour ne parler ici que de ces dernières, les expériences de M. Roncoroni démontreraient que l'ablation d'une zone antérieure ou postérieure du cerveau a pour effet immédiat d'*empêcher* la production d'accès épileptiques malgré l'excitation de la zone rolandique, ou de rendre cette zone moins excitable. De même si, au lieu d'enlever ces aires antéro et postéro-rolandiques, on les excite avec des courants faradiques. Ces excitations, en augmentant le pouvoir d'inhibition des zones extra-rolandiques, *arrêteraient* l'attaque qui d'ordinaire succède à la stimulation de la zone motrice. Quand l'ablation a eu lieu, quelques jours après les accès se manifestent de nouveau spontanément parce que, l'influence inhibitrice des centres supérieurs ayant cessé, les aires motrices peuvent se livrer à leur activité désordonnée.

Nous ne reproduirons pas notre critique sur l'existence de « centres supérieurs » et « inférieurs » dans l'écorce cérébrale. La région rolandique, en particulier, nous paraît avoir subi autant et plus qu'aucune autre les effets de la division du travail physiologique. Aucune aire du cerveau n'a même atteint un degré aussi élevé de différenciation et de spécialisation fonctionnelles.

Quant aux résultats des expériences de M. Roncoroni, ils ne s'accordent point avec ceux de Pitres et de Franck, d'Albertoni, de Luciani, de Tamburini et de Seppilli, de Rosenbach, de Danillo : tous ces auteurs ont vu des attaques d'épilepsie succéder à l'excitation des régions extra-rolandiques du cerveau,

avec des courants d'une durée et d'une intensité suffisantes ; l'ablation de la zone motrice mettait fin aux convulsions ; celle des aires extra-rolandiques n'y mettait pas fin.

Les accès déterminés par l'excitation de ces dernières régions sont moins violents, et leur apparition est plus tardive. Mais, pour tout le monde, les convulsions sont dues, dans ces expériences, à la propagation du processus irritatif s'irradiant des aires extra-rolandiques aux zones motrices. Les expériences classiques de circonvallation d'une région limitée des centres extra-rolandiques démontrent que, en dépit de l'excitation locale de cette région, les convulsions ne se produisent plus dès que la transmission du courant nerveux aux aires motrices est interrompue. Bref, à l'exception d'Unverricht, on a toujours observé, non une inhibition, mais une excitation de l'écorce des circonvolutions rolandiques consécutivement à l'excitation des zones extra-rolandiques. Quant à l'ablation de ces mêmes régions, elle laisse intactes, contrairement à ce qu'avait cru Marique, les fonctions autonomes de l'aire motrice. Mais ce n'est pas le lieu d'insister davantage.

Les travaux de M. Roneoroni sont toujours très ingénieux et fort suggestifs ; ils intéressent et font penser. Mais sa hiérarchie des centres de l'écorce cérébrale n'a point de base anatomique, et les dernières expériences qu'il a instituées pour démontrer l'existence d'un antagonisme entre ces centres ne sont point pour nous convaincre.

JULES SOURY.

Le alterazioni della voce nelle malattie mentali in rapporto allo stato psichico. Note cliniche del prof. Enrico Morselli. Firenze, 1893.

L'articulation verbale est l'interprète de l'intelligence ; la phonation, l'intonation de la voix dans le langage, phénomène réflexe, traduisant directement les états émotifs qui accompagnent les sensations, les images, les idées et les actions, est surtout l'interprète des sentiments et des états de l'émotivité.

Morselli étudie les rapports de la phonation avec l'évolution, le développement des organismes humains, et l'arrêt ou la dissolution involutive de l'intelligence dans les états pathologiques du système nerveux central. L'émission de la voix n'est

qu'un mouvement d'expression de tous points analogue aux mouvements mimiques; il s'agit toujours de la transformation réflexe d'un état psychique (émotion, représentation): les muscles de l'appareil vocal annexés à l'appareil respiratoire se contractent ou se relâchent, modifiant le son produit par l'air qui traverse le larynx et la cavité buccale. La parole, la voix articulée, dérive donc directement du geste. Voici les phases qu'a traversées le langage dans la série ancestrale et dans l'espèce: 1. *Mouvements mimiques*; 2. *Phonation réflexe émotive*; 3. *Phonation imitative*, onomatopéique (racines du langage?); 4. *Phonation articulée simple*, démonstrative, indicative et dénotative (idiomes primitifs, langues monosyllabiques?); 5. *Phonation articulée complexe*, démonstrative, c'est-à-dire connotative et prédicative (langues polysyllabiques, à flexions, polysynthétiques?).

La phonation émotive réflexe, apparue la première, demeure en quelque sorte la trame fondamentale du langage. Dans les arrêts de développement du cerveau, chez l'idiot microcéphale, par exemple, qui n'articule pas et ne possède qu'une mimique réflexe, la phonation émotive existe seule. Avec un degré d'idiotie moindre, on observe cette tendance à imiter les bruits et les sons, grâce à laquelle l'homme primitif a pu exprimer les impressions du monde extérieur et les souvenirs des émotions déterminées par ces impressions.

Dans les états pathologiques de dissolution de la personnalité, chez les aliénés chroniques, les déments, les paralytiques, l'aspect émotif du langage articulé correspond en quelque sorte à son aspect intellectuel: il perd les formes acquises au cours de la sélection phonétique dans l'espèce et chez l'individu, il retourne à ses éléments primitifs, aux sons inarticulés, aux cris. C'est là un fait clinique, dû à des altérations organiques et fonctionnelles de l'appareil du langage, non un fait d'atavisme. Morselli a fait sagement d'insister sur ce point, car on voit toutes les conséquences erronées qu'on en aurait pu tirer dans l'École de Lombroso. Si nous parlons ici de caractères involutifs, dit expressément Morselli, c'est parce que le processus morbide agit en dissolvant les acquisitions individuelles, en réduisant la fonction à ses éléments les plus simples, partant, analogues aux éléments primordiaux.

L'expression des sons vocaux présente chez les aliénés des altérations par excès, par défaut, par perversion. De là quatre groupes de ces altérations: 1° *l'hyperphonie*, qui caractérise

les émotions violentes, l'idéation rapide, etc. ; 2° l'*hypophonie*, pouvant aller jusqu'à l'*aphonie*, qui accompagne les émotions tristes, l'idéation lente, etc. ; 3° la *paraphonie*, phonation altérée, pervertie, avec production, au cours des affections dégénératives les plus graves, chez l'idiot par exemple, de sons bizarres, non humains ; 4° les *dysphonies*, où l'émission de la voix est altérée par lésions organiques des centres du langage et de leurs voies d'association, chez les paralytiques généraux, par exemple.

Morselli étudie ensuite les *altérations quantitatives* et les *altérations qualitatives de la voix* dans les différentes vésanies et névroses. Il appelle des *gestes vocaux* les interjections, les exclamations, les cris de joie, de colère, de fureur, etc. Dans bien des cas ces phénomènes, cris suraigus, rugissements, grognements, mugissements, bêlements, miaulements, ne répondent pas à des états émotifs déterminés : ils résultent de l'automatisme des centres nerveux inférieurs de la phonation. On les observe, non seulement chez les idiots, les déments, les paralytiques, mais dans certaines chorées et dans certains syndrômes de nature hystérique (abolement hystérique).

Ces *Notes cliniques* sont intéressantes, bien rédigées et marquées au coin d'un véritable esprit critique.

JULES SOURY.

Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur les perversions du sens génital; par le D^r P. Næke, médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg (Saxe). — Extr. du *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1894.

De ce cas, assez banal, de perversion sexuelle, dont les résultats de la nécropsie sont très vagues (ce qui revient en grande partie à l'influence de Bénédict) et les figures trop schématiques pour qu'on en puisse rien tirer d'utile, nous ne voulons retenir que les considérations, très intéressantes, de l'auteur, sur le mécanisme de ce processus pathologique.

Avant de parler de perversions des instincts sexuels, il se demande, après Meynert, s'il existe des instincts. Meynert, en effet, ne voyait dans ces prétendus événements psychiques qu'un simple mot. Il y a, disait-il, une sensation de la faim, il n'y a pas d'instinct de la nutrition : l'enfant qui souffre de la faim n'a aucune idée vague de ce qui peut satisfaire sa faim.

« Il n'y a pas d'instincts, pas de mouvement qui tendrait vers un but non encore réalisé dans la conscience. » De même, les sensations sexuelles résultant de l'activité des tissus érectiles, n'impliquent aucun instinct, aucune idée innée, car l'instinct suppose l'existence de parcelles idées, et nous nions, professait Meynert, l'existence de telles idées, parce que *nilhil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*. « Les instincts ordinaires ne sont, à notre avis, que la réalisation de certains réflexes organiques. » La structure et le mécanisme nerveux sont préformés, innés, si l'on veut, mais il n'y a rien de plus.

L'arc réflexe des sensations sexuelles n'entre en activité qu'à l'époque de la puberté. Les éléments spinaux, bulbaires et encéphaliques dont est formé ce grand arc réflexe du sens génital sont très complexes, et ce n'est pas un mince mérite à M. Nücke d'avoir écrit : « L'union principale de tous ces centres est celle avec le cerveau, où il faut supposer une localisation pareille pour tous ces centres différents de la moelle épinière. » Ne disons rien d'une localisation dans le cervelet ou dans le lobe occipital; rien n'obligeait l'auteur à rappeler de pareils errements, les fonctions psychiques du lobe occipital étant aujourd'hui bien connues, et celles du cervelet, si elles existent, parfaitement ignorées.

La partie centripète de cet arc réflexe doit comprendre des centres spinaux de sensibilité tactile et de sensibilité interne ou organique (sentiment de réplétion des vésicules séminales, etc.); la partie centrifuge, les centres spinaux de l'érection et de l'éjaculation. Ajoutez les connexions avec les centres vaso-moteurs spinaux. Or, tous ces centres doivent être représentés dans l'écorce du cerveau, en particulier dans les régions latérales, dans la « sphère sensitive » de Munk, comme l'indique M. Nücke : « Ces centres se trouveraient donc, en somme, sur l'écorce des parties latérales du cerveau et au-dessous; ils seraient rattachés aux centres spinaux du même ordre, mais principalement aux autres centres cérébraux. Des faits pathologiques auront à prouver l'existence de cette localisation; dès à présent, elle compte déjà un appui physiologique d'une grande valeur par les expériences de Munk. »

Ainsi, point d'organe de la volupté (Wollustorgan), mais « quantité de centres réunis entre eux aussi bien qu'avec les centres des muscles divers qui président à l'acte normal et avec les centres cérébraux des nerfs vaso-moteurs. » Ce n'est pas tout. L'activité des différents centres des fonctions sexuelles

est surtout en rapport, on le sait, avec les impressions, les sensations et les images des sens supérieurs de la vie de relation, tels que la vue, l'ouïe, l'odorat. Il y a là tout un monde d'associations (idées, souvenirs renaissants, etc.) de plus en plus complexes, chez l'homme, avec l'âge, avec l'organisation, avec l'éducation, etc., et « ce sont ces associations qui favorisent ou empêchent la réalisation des appétits sexuels ».

Nous ne pouvons aussi qu'approuver le médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg lorsqu'il écrit : « L'analyse nous a montré suffisamment qu'on ne peut guère adhérer à la classification des différents génitaux, imaginée par M. Magnan. » Ici encore ce sont les hypothèses, souvent géniales, de Th. Meynert, qui mènent le plus sûrement peut-être sur la bonne voie. Chaque impression, et partant chaque sensation, image ou idée, est associée à un sentiment de plaisir ou de déplaisir (*Gefühlston*), qui dépend sans doute d'un état différent d'innervation vaso-motrice des centres nerveux, un état d'hyperémie de ces centres accompagnant la sensation ou la représentation de plaisir, un état d'anémie, un sentiment ou une idée de déplaisir. Mais les réactions du système nerveux vaso-moteur, c'est-à-dire le plaisir et le déplaisir, liées à l'excitation du sens génital, dépendent ou peuvent dépendre d'impressions et de représentations différentes chez les normaux et chez les dégénérés, les neurasthéniques, les séniles, les affaiblis, les surmenés, les épuisés de tout genre. « A un moment d'orgasme, écrit M. Nücke, chez un individu préparé, un objet quelconque se trouvant sous ses yeux, celui-ci acquiert la force nécessaire pour décharger l'arc réflexe. Les fois suivantes, la réminiscence s'éveille en voyant le même sujet et excite l'orgasme, etc., jouant ainsi plus ou moins le rôle d'une *obsession*. » Or, c'est par ces obsessions, apparaissant toujours à certaines occasions, que Meynert explique les cas d'inversion du sens génital. Bref, il existe, chez ces individus, un état de *faiblesse irritable localisée*, et, ainsi que Sioli l'a écrit, un affaiblissement, congénital ou acquis, des associations de l'intelligence, c'est-à-dire de l'écorce cérébrale.

JULES SOURY.

Di alcuni lavori artistici eseguiti da alienati. Contributo allo studio dell' arte nei pazzi (Quelques travaux artistiques exécutés par des aliénés. Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés); par les D^{rs} Gianditimo Angelucci et Arnaldo Pieraccini, Manicome provincial de Macerata. Macerata, Bianchini, 1894. *Gazetta del manicomio di Macerata*, an. V, settembre-ottobre, 1895, n° 1.

Excellent recueil d'observations cliniques, illustrées par la reproduction photographique des productions artistiques, au nombre de trente-sept, de délirants chroniques et de déments du manicome de Macerata. Nul doute que l'œuvre d'art, même la plus naïve et la plus informe, ne puisse être, comme l'écriture, un élément de diagnostic important pour la connaissance du caractère, des tendances, de la vie affective et intellectuelle d'un individu. Le dessin, la sculpture, la gravure, voire la broderie (Obs. XI), représentent bien un langage figuré par lequel s'expriment certains états émotionnels définis. Il ressort de l'histoire de chaque malade, dont nous avons les œuvres d'art sous les yeux, que ces sculptures sur bois, ces dessins, ces terres cuites, d'un symbolisme souvent fort obscur, sont bien la traduction exacte des idées délirantes de ces malades, la forme plastique de leurs hallucinations et de leurs délires.

Les auteurs ont revendiqué avec raison, pour cet ordre de productions, une naïveté et une sincérité qui manquent souvent aux autres œuvres d'art : en effet, dominés presque entièrement par leurs préoccupations, l'idée fixe, le délire systématisé de ces malades s'exprime avec une intensité d'autant plus aiguë que le reste de la conscience n'intervient pas, ou n'intervient plus guère, sous la forme ordinaire de réducteur ou de modérateur de ces imaginations déréglées, impulsives, naissant à la manière des actes automatiques ou réflexes.

Une différence profonde paraît aussi exister, quant à la nature morale des productions artistiques, entre les collections de ce genre conservées dans les musées criminels et celles d'un asile proprement dit d'aliénés, tel que le manicome de Macerata.

Ce sont là des matériaux qui, réunis à ceux qu'on doit déjà à Tardieu, à Max Simon, à Frigerio, à Séglas, à Hospital, à Morselli et à Lombroso, mèneront sans doute sur la voie d'une étude vraiment scientifique de ces phénomènes. Mais, pas plus

que la graphologie, l'étude des productions artistiques de l'homme sain d'esprit ou aliéné ne possède encore de méthode.

JULES SOURY.

Forms of pseudo-tabes due to lead, alcohol, diphtheria, etc.
(Formes de pseudo-tabes dues au plomb, alcool, diphthérique, etc.); par le D^r James Hendrie Lloyd. Extrait du *The medical News*, 1892.

L'auteur fait remarquer d'abord que le pronostic du tabes est excessivement grave et qu'il importe beaucoup, dans l'intérêt du malade aussi bien que pour le crédit du médecin, de le différencier des formes du pseudo-tabes. Il commence par un rapide historique et rend hommage aux brillants travaux de Dejerine et de Lendet sur le neuro-tabes périphérique et discute quelques points d'étiologie et de diagnostic en s'appuyant sur ses propres observations.

Les symptômes principaux sont presque toujours des troubles de la sensibilité avec ataxie et abolition du réflexe rotulien, quelquefois des nerfs moteurs sont atteints.

L'étiologie peut déjà guider le médecin, la plupart des cas sont dus au plomb, à l'alcool ou à la diphthérie d'après son expérience personnelle; d'autres auteurs ont cité comme causes l'arsenic ou des processus infectieux, tels que variole, fièvre typhoïde, tuberculose et syphilis. (Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de l'ataxie dite syphilitique.)

Les symptômes oculaires sont encore très bons comme moyen de diagnostic, l'auteur les a recherchés en vain dans le neuro-tabes d'origine saturnine ou alcoolique. Quand il vient à la suite de diphthérie, on peut trouver une lésion des nerfs moteurs de l'œil; le muscle ciliaire, en particulier, est souvent paralysé.

Les fonctions de la vessie et de l'appareil sexuel sont rarement atteintes. Les signes différentiels basés sur la marche, ou autres phénomènes moteurs, ne lui semblent pas très pratiques.

L'évolution même ne peut servir au diagnostic, car l'ataxie elle-même présente des formes de début bien variables.

Enfin, sa dernière observation de neuritis plombique avec autopsie, lui montrant la dégénérescence de quelques troncs nerveux et en même temps quelques troubles au début dans la

moelle, lui suggère l'hypothèse, déjà émise par Leudet, que certains tabes pourraient bien être secondaires à une neuritis périphérique. Cette idée a d'ailleurs été récemment émise par Poel, à propos d'une série de neuritis dus à l'aleool, l'arsénie, la fièvre typhoïde, etc.

D^r JOURNIAE.

- I. — *Katatonie*; par W. Julius Mickle. Extrait du *Brain*, partie XLVIII, 1889.
II. — *Katatonie. Sequel of a case. Necropsy*; par le même. Extrait du *Brain*, partie LIII, 1891.

I. — Dans le premier article sur cette forme qui est peu connue en Angleterre et sur laquelle MM. Séglas et Chaslin ont appelé l'attention des médecins français, nous trouvons une observation intéressante à propos de laquelle M. Mickle donne un aperçu de ce que l'on peut entendre par katatonie. On sait que pour Kahlbaum il s'agirait d'une forme tout à fait particulière ayant une évolution spéciale. Pour M. Mickle, la katatonie serait un appendice de la classe des psycho-neuroses, mais se développant sur un terrain de dégénérescence héréditaire ou dans un cerveau invalide; sa place se trouverait entre les psychoses périodiques et circulaires d'une part et de l'autre les formes connues sous le nom d'hébéphrénie, de paranoïa et de folie héréditaire simple. Les deux auteurs français cités plus haut, contrairement à Kahlbaum et à Mickle, pensent qu'il ne s'agit pas d'une forme particulière, mais que peut-être le symptôme katatonie semble en rapport avec le terrain dégénératif, tout en faisant remarquer le vague de cette expression.

II. — Le second article renferme la fin de l'observation contenue dans le premier. Quelques modifications pathologiques du cerveau devraient être mises en rapport, d'après l'auteur, avec les phénomènes katatoniques, surtout des adhérences et des opacités de la pie-mère et l'état vacillaire très marqué des cellules de la première circonvolution frontale gauche.

PH. CHASLIN.

Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pellagrosi (Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagres); par Cesare Agostini. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XIX, fasc. 1, 1893.

L'étude du chimisme gastrique chez les pellagres montre qu'il y a un état notable d'hypopepsie, d'hyperchlorhydrie, du catarrhe de la muqueuse stomacale, un affaiblissement de son pouvoir moteur et de son innervation. Le suc gastrique a une réaction très peu acide au tournesol, il réagit rarement au papier de Congo et au liquide de Guinzburg. L'acide chlorhydrique manque dans la moitié des observations et toujours dans les états de diarrhée et de cachexie pellagreuse (il y a de nombreux détails et des chiffres à l'appui de ces conclusions).

La digestion stomacale s'accomplit par suite lentement et insuffisamment, comme le démontre l'absence ou la faible quantité de l'acide chlorhydrique libre, la faible quantité des peptones et du chlore organique, signes habituels du travail utile de l'estomac et enfin l'acide faible. Cette digestion est anormale, comme on le voit par la présence du mucus et la production morbide d'acide organique, en particulier d'acide lactique qui est très abondant.

La faible proportion de l'acide chlorhydrique libre et organique, accentuée dans les périodes de diarrhée et dans la cachexie, serait une contre-indication à une diète riche en substances albuminoïdes. Le lavage de l'estomac avec de l'eau salée, l'emploi de l'acide chlorhydrique après les repas améliorent les conditions du chimisme gastrique et par suite les fonctions digestives des pellagres.

PH. CHASLIN.

Noch einmal die Bettbehandlung der Irren (Encore le traitement au lit des aliénés); par le D^r Cl. Neisser. Extrait du *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd 50.

J'ai déjà attiré l'attention sur le traitement par repos au lit des aliénés, traitement dont M. Clemens Neisser s'est fait l'infatigable champion. Je crois qu'il a raison et que nous gagnerions, en France, à traiter plus souvent, comme de véritables malades ordinaires, les aliénés aigus; seulement il faudrait refaire complètement l'éducation du personnel et obtenir

de lui les mêmes résultats que, par exemple, M. Martin, directeur de l'asile cantonal de Genève, a pu obtenir par une surveillance infatigable.

M. Neisser ayant eu de nombreux succès, je ne vois pas pourquoi nous n'essaierions pas, nous aussi, sa méthode, et c'est pour cela que j'engage tous nos collègues à lire ce nouveau travail.

PH. CHASLIN.

I. — *Verslag omtrent her geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht, over her jaar 1892* (Rapport sur l'asile des aliénés d'Utrecht, pour l'année 1892); par A. Th. Moll, Utrecht, 1893.

II. — *Verslag betreffende her gesticht Meerenberg over her jaar 1892* (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1892); par J. van Deventer, Haarlem, 1893.

Rendre compte de rapports sur des asiles, n'est généralement pas facile, car ces rapports ne contiennent guère que des tableaux de chiffres intéressant surtout la statistique et l'administration. Pourtant il y a dans ceux-ci des observations sur différents malades, et des réflexions sur une épidémie d'influenza qui a sévi à Utrecht. Il est aussi curieux de voir toujours employée la rubrique hallucination pour caractériser certaines formes de maladies. La classification manque donc un peu de précision : il est vrai qu'il est peut-être impossible d'en faire une. Ces rapports appellent l'attention de ceux qui voudraient faire une étude de l'assistance des aliénés en Hollande.

PH. CHASLIN.

Sulla origine infettiva di una forma di delirio acuto (Sur l'origine infectieuse d'une forme de délire aigu); par L. Bianchi et F. Piccinino. Extrait des *Annali di Neurologia*, anno XI, fase. I, II, III, 1893.

Il existe une forme de délire aigu qui se développe presque toujours sur des individus prédisposés héréditairement et évolue comme une maladie infectieuse grave, toxique, avec une physiologie propre et un cadre clinique presque uniforme dans lequel du commencement à la fin, il n'y a jamais intercur-

de symptômes étrangers, sauf quelquefois de quelque complication somatique (pneumonie, diarrhée grave). Cette forme élinique est absolument distincte des autres.

Il est très probable qu'il s'agit d'une infection *sui generis* due à un bacille spécial décrit par les auteurs.

Toutes les autres formes de délire aigu décrites comme telles, ou sont des phases d'aggravation de forme psychopathique primitive (manie, délire sensoriel, paralysie progressive), ou sont l'expression d'autres intoxications surtout par l'alcool ou enfin constituent le mélange du délire aigu avec une autre psychopathie qu'il vient compliquer ; c'est alors un délire aigu surajouté par complication. Dans ce cadre, ne doivent pas être compris les cas de Schüle qui ne sont que des épisodes graves de la psychopathie primitive.

PH. CHASLIN.

Zur Paranoia-Frage (Sur la question de la paranoia) ; par Schüle. Extrait de l'*Allg. Zeitschrift für Psych.*, t. L.

Ce travail excessivement intéressant, mais un peu difficile à lire, doit être lu en entier pour que l'on puisse apprécier la valeur de toutes les remarques de fine psychologie pathologique qui y sont contenues. M. Schüle admet à côté de la paranoia chronique, la paranoia aiguë et il trouve que cette dernière montre en général les mêmes traits cliniques que la première avec l'exception de la chronicité et de l'ineurabilité ; en d'autres termes, la paranoia aiguë est de la paranoia condensée. Dans la paranoia aiguë, les troubles sensoriels sont des équivalents du délire dépressif ou expansif de la chronique, et ce qui le prouve bien, c'est le fait de la transformation des idées en hallucinations, comme certains malades intelligents l'indiquent. Je rappellerai à ce propos que, en 1890, j'ai attiré l'attention sur cette transformation dans le délire de persécution (1).

L'hallucination, par elle-même, n'est d'ailleurs pas, par sa fréquence ou ses autres caractères, un signe suffisant pour le diagnostic de la paranoia aiguë ; il faut qu'elle soit en rapport avec un moi persécuté ou au contraire qui se sent agrandi (il est difficile de rendre exactement le sens des deux mots alle-

(1) Ph. Chaslin, Contribution à l'étude du rapport de délire avec les hallucinations. *Ann. méd.-psych.*, t. XII, juillet 1890.

mands). Sans cela, ces hallucinations appartiennent aux états de confusion mentale ou de délire sensoriel ; en effet, à côté de la paranoïa aiguë, contrairement à une opinion antérieure de l'auteur, il faut admettre l'existence de la *Verwirrtheit*. Tandis que dans la paranoïa aiguë, l'importance clinique doit être attribuée au délire et aux hallucinations équivalentes, dans la confusion le fond est le trouble de la conscience ou plutôt la dissolution du moi et la dissociation alogique des idées.

Il est bien certain que dans certains cas très aigus de paranoïa, souvent sous l'influence d'une fièvre ou d'un trouble somatique intercurrents, il peut y avoir un trouble de la conscience passager qui tend à faire confondre non seulement cette paranoïa avec la confusion, mais aussi avec certaines formes de manies suraiguës. Cela n'empêche pas que ces formes ne soient distinctes, aussi bien entre elles qu'avec certaines mélancolies ou certaines manies.

La nature et l'évolution du processus paranoïque, dit M. Schüle, ont une base seulement psychique, et ce n'est que psychologiquement qu'on peut l'expliquer. La paranoïa est une illusion énorme, logique, esthétique et éthique. Il faut ajouter ces deux remarques d'une grande importance, à savoir : que l'imagination joue un rôle indispensable qui donne lieu à la production des hallucinations ; de plus, l'excitabilité subjective et les sentiments objectifs anormaux montrent qu'il y a aussi un rôle joué par la sensibilité, ce qui constitue un rapprochement avec les psychoses à base affective.

Au point de vue pratique, la différence n'est pas grande entre la paranoïa aiguë avec obscurcissement de la conscience et la confusion mentale pure ; mais il faut remarquer aussi que la paranoïa aiguë, quelle que soit sa forme, ne comporte pas le même pronostic que la *Verwirrtheit*. Dans cette dernière d'ailleurs, les symptômes somatiques sont d'une importance capitale pour le pronostic de l'évolution ultérieure de la maladie.

PH. CHASLIN.

Variabilità del reperto perioptometrico nei degenerati (Variabilité du champ visuel chez les dégénérés) ; par S. de Sanctis. Extrait du *Bolletino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, année XIII, 1893.

L'auteur a examiné chez six épileptiques et huit criminels,

dont un criminel épileptique, le champ visuel, seulement pour le blanc. Il a procédé avec les plus grandes précautions et en tenant compte de toutes les conditions ambiantes et du malade au moment de l'expérience.

Chez les épileptiques, même très graves, il peut se faire que le champ visuel soit normal, mais, en somme, le champ des épileptiques varie même en dehors des attaques; chez les criminels, la variabilité doit être particulièrement notée. M. de Sanctis a ensuite examiné des sujets normaux. Il tend à croire que la variabilité accentuée profonde du périmètre visuel chez un sujet qui se trouve dans ses conditions habituelles, surtout émotionnelles, est un indice d'infériorité nerveuse; le fait de le trouver chez les criminels est très remarquable, serait-il en rapport avec des crises psychologiques particulières? Les explications de ce fait doivent être recherchées, surtout, dit l'auteur, dans la sphère psychique.

PH. CHASLIN.

Hypnotismus und Suggestion. Eine klinisch-psychologische Studie (Hypnotisme et suggestion. Etude clinique et psychologique); par le professeur Dr Moriz Benedikt. Broch. in-8°. Leipzig et Vienne, 1894).

M. Benedikt démontre dans ce travail que les phénomènes post-hypnotiques, lorsqu'il n'y a pas comédie, ont pour condition essentielle l'apparition de souvenirs emmagasinés pendant l'hypnose: ces souvenirs se présentent avec une intensité égale à celle qu'ils auraient s'ils étaient dus à des perceptions réelles. Ce fait se produit d'ailleurs aussi à l'état normal, et M. Benedikt cite à ce propos un exemple assez caractéristique qui lui est personnel. Le Dr Pitha, au cours d'une visite que ce médecin avait faite à un homme aveugle depuis l'enfance, fut étonné de l'adresse avec laquelle il savait cacher sa cécité, de la façon vraiment extraordinaire dont il traversa un long couloir, descendit au moment opportun plusieurs marches, se baissa pour franchir une porte basse, puis, sur le balcon, parla du beau paysage qui se présentait, en effet, aux yeux de son visiteur, etc... Le hasard voulut que peu de temps après, Benedikt rencontrât cet homme, et vit confirmées les observations et la description de Pitha. Puis l'aveugle mourut, et

Benedikt entendit de nouveau parler de lui. « Cet homme était, en effet, extraordinaire, répondit-il, car Pitha m'a raconté qu'il arrivait à dissimuler complètement sa cécité. » Et tous les détails racontés par Pitha lui reviennent en mémoire. « Mais, ne l'avez-vous pas vu vous-même ? » dit quelqu'un à Benedikt. « Tiens, c'est vrai, dit-il, je l'avais oublié, moi qui avais un souvenir si vif du récit de Pitha. » Eh bien, on voit par ce fait, qu'une image suggérée, en quelque sorte transportée dans le domaine de la conscience, peut dans certaines circonstances, devenir aussi vive et même plus vive qu'une image résultant d'une perception directe. Il ne faut donc pas s'étonner si une idée qui a été suggérée à un individu hypnotisé se trouve plus tard, lorsqu'elle réapparaît par réminiscence, aussi vive qu'une impression reçue à l'état de veille. L'auteur cite ensuite plusieurs faits qui prouvent que pendant la phase somnambulique de l'hypnose, surgissent des souvenirs se rattachant aux états somnambuliques antérieurs, et que lorsque ces souvenirs se rapportent à un sujet semblable ou analogue, ils se suppléent et se complètent facilement les uns les autres.

Si les souvenirs emmagasinés pendant l'hypnose peuvent apparaître plus tard à l'état de veille, le phénomène inverse se produit également et on voit ainsi passer les souvenirs de l'état de veille à l'état de somnambulisme et influer sur l'attitude du sujet dans ce dernier état. Les choses peuvent même aller très loin et les souvenirs de l'état de veille peuvent tellement envahir la conscience du somnambulique que ce dernier peut, au début même de l'expérience, revenir à l'état normal. C'est ce qui arrive, d'après Benedikt, pour un grand nombre de soi-disant « somnambules ». Le livre est parsemé de remarques acerbes à l'adresse de M. Krafft-Ebbing, dont il conteste assez vertement la bonne foi et la compétence scientifique dans les questions relatives à l'hypnotisme. Voici comment il critique son collègue. Dans une deuxième édition de son mémoire sur l'hypnotisme et la suggestion, Krafft-Ebbing déclare qu'il a « en présence de médecins anonymes » suggéré à son sujet en état de somnambulisme qu'elle était une vieille personne. De ce qu'elle n'a pas réalisé cette suggestion, Krafft-Ebbing tire une preuve que sa métamorphose antérieure en enfant et en jeune fille avait été réelle. Benedikt relève cette observation et se livre à l'ironie dans le passage suivant : « Par le ciel, comment cette jeune personne aurait-elle pu faire une vieille femme ? Si son état de somnambulisme est vrai, le souvenir de

« vieille femme » manque totalement dans son être psychique; si, au contraire, elle joue la comédie, elle réussira tout aussi mal dans le rôle de la vieille femme, car en sa qualité « d'amie » d'un « amateur » en hypnotisme » elle se soucie fort peu de passer au rang des « vieilles ». Les meilleures actrices, elles-mêmes, trouvent répugnant le passage à l'emploi des vieilles ». C'est sur cette sortie violente contre Krafft-Ebbing que se termine la brochure de Benedikt. J. ROUBINOVITCH.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Ueber hemiopische Pupillenreaktion (De la réaction pupillaire hémioptique); par le Dr S. E. Heuschen. 16 pages in-4°. Extrait du *Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie der Gehirns*. Upsal, 1894.

— The third annual Report of the Sheppard Asylum. A hospital for mental diseases (Troisième rapport annuel de l'asile de Sheppard. Un hôpital pour maladies mentales). 33 pages in-8 avec planches. Baltimore, 1895.

— Manuale de semeiotica delle malattie mentali. Guide alla diagnosi della pazzia per i medici, i medici-legisti et gli studenti (Manuel de sémiologie des maladies mentales. Guide pour le diagnostic de la folie destinée aux médecins, aux médecins légistes et aux étudiants); par le professeur Enrico Morselli, tome II. Examen psychologique des aliénés. 1 vol. in-12 de 852 pages avec planches. Milan, Francesco Valardi, s. d.

— Etude sur la pathologie de la paralysie progressive; par le Dr Paul Kovalevsky. 15 pages in-8. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

— Un caso di emiatrofia facciale progressiva (Un cas d'hémiatrophie faciale progressive); par le Dr A. Pieraccini. 7 pages in-8. Extrait du *Sperimentale*, 1894.

— Die Menstruationszustand und die Menstruations psychosen (L'état de la menstruation et des psychoses menstruelles); par le professeur P. J. Kovalevsky. 46 pages in-8. Extrait de *Saint-Petersburger medicin Wochenschrift*, 1874.

— Sullo stato di mente di S... Clemente imputato di furto et di violenza carnale. Studio medico-legale (Etude médico-légale sur l'état mental de S... Clément, accusé de vol et d'attentat à la pudeur); par le Dr A. Pieraccini. 27 pages in-8. Extrait du *Raccoglitore medico*, 1894.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du lundi 29 avril 1895

Présidence de M. SEMELAIGNE père.

L'assemblée s'est tenue rue de l'Abbaye, n° 3, à trois heures.
M. le Président donne la parole à M. BOUCHEREAU, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

MESSIEURS,

D'ordinaire les aliénistes français produisent devant la Société médico-psychologique et les Congrès annuels, les travaux qu'ils désirent soumettre au jugement de leurs confrères; c'est également à notre Association qu'ils font appel quand le malheur les frappe eux ou leurs familles; en toute circonstance les médecins, qui ont voué leur existence à l'étude de l'aliénation mentale, savent à qui ils doivent avoir recours pour faire apprécier leurs écrits ou pour obtenir une assistance devenue nécessaire. Notre activité intellectuelle s'aiguise et s'accroît dans l'échange de nos idées avec des hommes pratiquant le même art; également le concours généreux donné par une association devient autrement efficace que le secours fourni par un seul individu. A notre époque, la nécessité de se grouper, de réunir ses efforts pour atteindre un but déterminé devient évidente à tous les yeux; on a donc lieu de s'étonner que quelques médecins négligent encore de nous donner leur adhésion: nous l'attendons et nous l'espérons.

Depuis notre dernière réunion, en avril 1894, la mort nous a enlevé quatre membres fondateurs:

MM. Bouteille,
Calmeil,
Espiau de Lamestre.

Trois sociétaires:

MM. Pagès,
Solaville,
Vétault.

Bouteille était né à Aix (Bouches-du-Rhône) en 1836 et il y vivait, retiré du service, quand la mort l'a frappé à l'âge de cinquante-sept ans : il avait fait ses études près la Faculté de Montpellier, et avait débuté comme médecin adjoint à l'asile de Pau en 1869, puis il devint successivement directeur-médecin à Auch, à Armentières, médecin en chef à Marseille, directeur-médecin en chef de l'asile de Braqueville, près Toulouse, où il est resté jusqu'au jour où la maladie l'a obligé à prendre sa retraite.

Bouteille s'est montré administrateur dévoué et habile ; il a publié aussi différents écrits : un mémoire sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, des rapports statistiques sur plusieurs asiles. Il a été chargé d'une mission très méritante : il a enseigné les maladies mentales aux élèves de la Faculté de médecine de Lille, nouvellement créée. On sait combien les élèves sont peu préparés à l'étude de cette branche importante des sciences médicales, et quel temps limité on accorde à cet enseignement ; il faut un dévouement sincère pour accepter une tâche aussi ingrate, quand on n'est pas pourvu d'un titre officiel ; la délégation donnée officieusement est le plus souvent temporaire, suivie d'aucune récompense, on n'a d'autre satisfaction que d'avoir accompli un devoir, d'avoir été utile aux malades et à la Société.

Calmeil est mort à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans, le 11 mars 1895 ; il était né dans le Poitou, et a eu la chance d'être dirigé par un père avocat de talent qui, sachant l'importance de l'instruction, s'était attaché à la donner à ses enfants aussi complète que ses ressources le lui permettaient. Calmeil en a largement profité ; ses études classiques terminées à Poitiers, il a commencé dans cette ville à s'occuper de médecine et des sciences indispensables à un médecin. Quand on l'a trouvé suffisamment préparé, on l'a envoyé à Paris, où il est devenu l'élève de Dupuytren, de Rostan, de Royer-Collard. Sa vie s'est passée dans la maison de Chareuton, où il a été successivement médecin-inspecteur, médecin-adjoint, médecin en chef : ce titre il l'a reçu tard, sa modestie était grande ; on l'a écarté plusieurs fois bien que son mérite l'eût placé au premier rang. La carrière de Calmeil, pour être retracée dignement, exigerait plus de temps que je ne dois lui en consacrer aujourd'hui : personne ne me blâmera d'être bref, car son éloge sera prononcé certainement en termes éloquents devant la Société médico-psychologique. Parmi ses écrits très nombreux, je veux seulement en retenir trois pour les mentionner ; si Calmeil s'était borné à les composer, il aurait le droit d'être nommé un maître en pathologie mentale : *De la paralysie considérée chez les aliénés ; De la folie sous le point de vue pathologique, philo-*

sophique, historique, judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au XIX^e siècle et le Traité des maladies inflammatoires du cerveau. Ecivain élégant, pathologiste expérimenté, clinicien exact, savant érudit, sa probité scientifique est complète, conforme aux règles de haute moralité qui ont dirigé toute son existence; il a vécu comme un sage, et il a fini son existence comme un philosophe; si une ombre pouvait apparaître dans cette grande figure, on pourrait seulement lui reprocher sa trop grande modestie. Calmeil n'ayant jamais rien sollicité, on ne peut donc s'étonner qu'il ait peu reçu de ses contemporains; il a obtenu de ses confrères l'estime et le respect auxquels il avait droit: cela lui a suffi; il a été officier de la Légion d'honneur; seul, il a pu s'étonner des hommages qu'il recevait quand parfois il paraissait en public; son caractère était si droit, sa moralité si haute, que son attitude a suffi un jour pour en imposer à un de ses élèves oublieux qui se croyait en droit d'exercer envers le maître une vengeance que rien ne justifiait: en cette circonstance, la sérénité de Calmeil valait une leçon. Calmeil s'est marié deux fois, la seconde dans un âge avancé; il a passé dans une retraite absolue ses dernières années, et la compagne qu'il avait choisie lui a survécu quelques jours seulement. La plupart d'entre nous, nous avons ignoré le jour de ses funérailles. MM. Christian et Ritti ont offert à sa mémoire l'hommage de nos regrets, ils ont été certainement les interprètes éloquents des sentiments éprouvés par tous les aliénistes français.

Espiau de Lamaëstre était né à Homps (Gers), le 16 juillet 1822; il vint à Paris commencer la médecine, fut nommé au concours interne des hôpitaux et attaché au service de Bailleul, de Bérard, de Malgaigne, après avoir exercé pendant des années la pratique, d'abord dans son pays, ensuite à Paris, il est entré en 1865 dans le service des aliénés, il fut successivement médecin-adjoint de Quatre-Mares, médecin en chef de Cadillac, de Bailleul, directeur-médecin de Ville-Evrard. Je l'ai connu pendant son exercice à Bailleul et à Ville-Evrard. J'ai pu apprécier avec quel dévouement il a rempli ses fonctions; ses malades lui témoignaient beaucoup de reconnaissance et d'attachement; blessé par un malheureux inconscient, il a failli perdre un œil et il en a souffert beaucoup. Après lui, ses fonctions ont été divisées entre plusieurs personnes; ce fait prouve combien il a dû montrer de diligence, d'activité, de talent pour suffire seul plusieurs années à ses multiples occupations dans un établissement aussi important que Ville-Evrard. Mis à la retraite en 1887, chevalier de la Légion d'honneur, Espiau de Lamaëstre, comme beaucoup de ses confrères, ne pouvant trouver dans sa pension le moyen de sub-

venir aux charges qui pesaient sur lui, M. Goujon l'a pris près de lui dans sa maison de santé jusqu'au jour où ses forces ayant décliné, tout travail lui a été interdit. Recueilli par son neveu, M. Boudrie, médecin de Vaucluse, Espiau de Lamaestre s'est éteint à soixante-treize ans. Beaucoup d'entre nous, retenus soit par la maladie, soit par des devoirs administratifs, n'ont pu lui apporter une dernière fois le témoignage des bons sentiments de confraternité et de leurs regrets. Sa mémoire est digne de ce dernier hommage, que sa famille en accepte l'expression !

Vétault a été enlevé à quarante et un ans par une pneumonie infectieuse. Né dans une condition modeste, il avait commencé ses études à Angers et obtenu des succès nombreux dans cette école ; interne des asiles de la Seine, il a remporté au concours la médaille d'or, le prix Esquirol devant la Société médico-psychologique, et a composé une étude vraiment remarquable sur l'alcoolisme et les conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés ; il devint médecin-adjoint de la maison de santé de M. Motet ; il sut gagner l'affection de ce confrère renommé, qui lui a donné à ses derniers moments les preuves les plus délicates de son estime. Vétault en était digne par son ardeur au travail, son dévouement aux malades. Il avait commencé à se créer une clientèle, qui le récompensait de ses luttres antérieures et de son labeur, quand, en donnant ses soins à un malade atteint de grippe infectieuse, il a contracté le mal qui l'a frappé. Ses amis le regrettent vivement : moi, qui ai eu la satisfaction de le compter parmi mes internes, j'appréciais beaucoup les qualités de son cœur, de son esprit ; je déplore sa disparition prématurée, sa mort m'a profondément affligé ; ayant assisté à ses commencements difficiles, j'avais applaudi à tous ses succès si justifiés.

Pagès est décédé à l'âge de cinquante-cinq ans ; il était originaire d'Ayns (Lot). Après avoir étudié à Naney, à Bordeaux, il a d'abord exercé la médecine à Castelmoron (Lot-et-Garonne), avant d'occuper les fonctions de directeur-médecin de Laroche-Gandon, puis d'Alençon. Une péritonite l'a frappé dans la maturité de l'âge, dans la pleine possession de ses facultés, alors qu'il pouvait encore être utile durant des années et déployer envers nos malades l'expérience qu'il avait acquise et les qualités qui l'avaient signalé à l'attention de l'Administration.

Solaville a été connu de peu d'entre nous : médecin du quartier des aliénés dans un hospice de Poitiers, il a sans bruit accompli sa tâche de chaque jour et consacré à ses malades son savoir, son dévouement, jusqu'au jour où ses forces diminuées l'ont condamné au repos. Quand il m'a été donné de le voir, il était déjà âgé, c'est dans le cabinet de M. Baillarger que je l'ai

aperçu pour la première fois : il m'est apparu comme un homme très modeste, timide même, fortement imprégné des devoirs que nous avons contractés envers les aliénés en choisissant notre spécialité ; l'accueil que lui avait fait M. Baillarger m'avait tout naturellement porté à lui montrer de la sympathie. Solaville s'est éteint au Havre dans un âge avancé ; au moment où il disparaît, il y a lieu de rappeler son nom au souvenir de tous.

Langlois était né à Avranches, le 29 mai 1839. Interne à Saint-Dizier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile de Dijon en 1873, de Vacluse en 1878, médecin en chef de Maréville en 1879, il y meurt le 9 juin 1894, enlevé par une pneumonie, à peine âgé de cinquante-cinq ans. La Faculté de Nancy l'avait chargé d'un cours annexe sur les maladies mentales ; il avait été nommé officier d'Académie et chevalier de la Légion d'honneur. La carrière et les services de notre excellent confrère ont été rappelés par des hommes qui l'avaient connu et avaient été témoins de ses services ; le doyen de la Faculté de Nancy a rendu justice à son enseignement : Les corps savants qui empruntent à nos asiles nos confrères expérimentés afin d'assurer les cours des maladies mentales, témoignent avec leur haute autorité combien ils trouvent d'avantages à cette collaboration.

Nous avons reçu cinq démissions :

MM. Luys,
Campagne,
Becoulet,
Reverchon,
Donnet, sénateur, décédé depuis sa démission.

Nous ne pouvons que témoigner nos regrets de voir quelques-uns de nos confrères nous quitter volontairement ; l'heure de la retraite ne devrait pas pour eux entraîner une séparation définitive. Il en est d'autres qui tiennent à nous continuer leur cotisation, et nous les en remercions.

Comme membres nouveaux, nous avons reçu au titre de fondateurs :

MM. Morcan (de Tours),
Noté.

de sociétaires :

MM. Pactet,
Maupaté,
Lwolf,
Hamel,
Pécharman,
Pilleyre,
Croustel,
Servan,

M. Morcau (de Tours) porte dignement le nom d'un maître dont les ouvrages occuperont toujours une place importante dans l'histoire de notre spécialité et dont le souvenir est demeuré très cher à beaucoup d'entre nous ; M. Moreau (de Tours) fils est l'auteur lui-même de publications très remarquées.

Pour nos nouveaux collègues, bien que très jeunes, on peut affirmer qu'ils doivent à leur seul mérite et à leurs travaux les positions qu'ils occupent ; leur carrière sera brillante, nous en avons pour gage leurs débuts ; nous applaudissons d'avance à tous leurs succès futurs et nous les remercions sincèrement de leur adhésion à notre Association.

Elle compte aujourd'hui :

Comme membres fondateurs.	71
Comme sociétaires	67
Total.	<u>138</u>

Le ministère de l'intérieur continue à nous accorder l'allocation qu'il nous attribue depuis nombre d'années ; nous lui en exprimons notre reconnaissance ainsi qu'aux trente asiles qui nous envoient tous les ans leur souscription. Elle constitue pour eux un prélèvement qui grève légèrement leur budget chaque année ; leur exemple devrait être imité par tous les asiles de France, qui ont le même motif de soutenir notre œuvre. Son intervention pour secourir les infortunes de notre spécialité devient bien plus efficace par l'union de tous dans un effort commun ; chaque asile agissant seul obtiendrait un résultat beaucoup plus limité. Puissent nos observations être soumises aux commissions de surveillance des asiles et accueillies par elles favorablement. Nous sollicitons leur souscription.

Pour l'exercice en cours, les asiles souscripteurs sont les suivants :

Asile d'Aix.	50 fr.
— d'Armentières.	100
— d'Auch	100
— d'Auxerre	100
— de Bailleul.	100
— de Bassens.	100
— de Blois.	100
— de Bordeaux.	25
— de Bron	100
— de Châlons.	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Dijon.	100
— de Dôle	100
Établissement Sainte-Marie	50

Asile d'Evreux.	100 fr.
— de Laroche-Gandon	100
— de Maréville.	100
— de Montlevergues	100
— de Pau	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares.	100
— de Quimper	100
— de Rennes.	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier.	100
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant.	100
— de Toulouse	100
— de Vannes.	100

Les recettes de l'année 1894 jointes au reliquat de 1893 au 31 décembre, s'élèvent à la somme de 23,905 40
ainsi décomposée :

En caisse au 31 décembre 1893.	2,904 60
Cotisations.	2,720 »
Souscriptions d'asiles.	2,771 70
Souscription du ministère de l'intérieur.	1,500 »
Intérêts des capitaux placés.	3,947 99
Intérêts du dépôt du Crédit foncier	19 37
Frais de recouvrements.	47 74
Legs Foville.	10,000 »
Total	23,918 40

Les dépenses de 1894 ont atteint le chiffre de . 19,857 20

Savoir :

Secours à douze veuves.	5,900 »
Secours à deux femmes d'anciens sociétaires malades	1,150 »
Secours à quatre sociétaires.	1,750 »
Au fils d'un sociétaire.	150 »
Secours à deux veuves d'anciens internes d'asiles	450 »
Dernier secours (frais funéraires de la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'Association).	200 »
Achats de 300 fr. de rente 3 p. 100, legs Foville.	10,171 20
Frais d'impression, recouvrements, timbres et envois de secours	86 »
Total.	19,857 20

De l'examen de ces chiffres, il résulte :

1° Qu'il restait au 31 décembre 1894 en caisse une somme de	4,056 20
déposée au Crédit foncier pour assurer la distribution des secours de janvier, avant la rentrée des cotisations et des intérêts de l'année.	
2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à	168,240 »
3° Que le capital placé suivant les statuts et augmenté des legs et dons reçus représente environ	132,496 »

Ce capital comprend :

1,217 fr. rente 3 1/2 p. 100.
2,310 fr. rente 3 p. 100.
625 fr. produit de 43 obligations du Midi.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1895 sont les suivantes :

En caisse au 31 janvier 1895.	4,056 20
Cotisations.	2,720 »
Subventions ministérielles.	1,500 »
Souscriptions d'asiles	2,770 »
Intérêts des capitaux.	4,169 »
Total.	15,215 20

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer d'environ 12,000 »

Dans la dernière séance, le Conseil a dû allouer les secours suivants :

A trois sociétaires en retraite.	800 »
A deux femmes de sociétaires malades	550 »
A dix veuves de fondateurs ou sociétaires. . .	2,700 »
Total.	4,050 »

Il reste donc un solde de 7,950 »

Sur lequel on a décidé de vous proposer d'accorder un secours de 550 fr. à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles :

Ces différentes sommes distribuées laisseraient disponibles 7,400 »

Sur lesquels il y aurait à prélever, suivant prédictions, pour le 2^e semestre. 4,600 »

Il resterait en fin de compte une somme de . . 2,800 » pour parer aux éventualités nouvelles.

Toutes ces propositions sont mises aux voix et les comptes approuvés par l'Assemblée.

Les membres du Conseil sortants et rééligibles :

Sont : MM. Dagonet (Henri),
Constans,
Mitivié,
Vallon.

Ils sont réélus pour une nouvelle période de trois ans.
Le Bureau est ainsi composé :

MM. Semelaigne père, président.
Dagonet (Henri), vice-président.
Mitivié, trésorier.
Bouchereau, secrétaire.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 12 juillet 1895 : Sur la proposition du Grand Chancelier de la Légion d'honneur est promu au grade d'Officier de l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. le D^r LUYs (Jules Bernard), ancien médecin des hôpitaux de Paris ancien médecin en chef d'ambulance en 1870-1871. Membre de l'Académie de médecine, quarante ans d'exercice. Auteur de plusieurs ouvrages couronnés par l'Académie des sciences, une proposition. Chevalier du 9 août 1870.

— *Arrêté du 14 mai 1895* : M. le D^r LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 francs).

— *Arrêté du 20 juin 1895* : M. BALET, directeur de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 francs).

— *Arrêté du 29 juin 1895* : MM. les D^{rs} BLIN, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, et MARIE, médecin-adjoint des asiles de la Seine, chargé du service de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 francs).

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 18 JUILLET 1888 SUR LE CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le Ministre de l'Intérieur,

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ;

Vu l'arrêté ministériel en date du 18 juillet 1888 qui a institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés et qui en a réglementé les conditions ;

Vu notamment l'article 8 dudit arrêté exemptant des épreuves du concours le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, dans un cas déterminé ;

Arrête :

ARTICLE PREMIER.

L'article 8 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 est modifié ainsi qu'il suit :

Ne seront pas soumis aux épreuves du concours institué pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés : 1° le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin-adjoint dans cet établissement conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879 ; 2° les professeurs agrégés des Facultés de médecine.

ARTICLE 2.

Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 30 avril 1895.

Signé : LEYQUES.

SIXIÈME CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Bordeaux 1895.)

Programme

Le sixième Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux, du 1^{er} au 7 août 1895 (1), dans un des amphithéâtres de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine, où le Secrétariat se trouvera également transporté pendant la durée du Congrès.

Le programme est ainsi composé :

Jeudi 1^{er} août. — Matin, 9 heures. — Séance solennelle d'ouverture, salle du Dôme de l'Exposition. A l'issue de la séance, visite générale de l'Exposition, sous la direction de délégués de la Société Philomathique (2).

Soir, 2 heures (Faculté de médecine). — Première question du programme : *Les Psychoses de la Vieillesse* ; rapporteur le D^r ANT. RITTI. Discussion.

(1) La date d'ouverture du Congrès, reculée d'abord au 2 août, en raison de certains avantages de voyage, a été définitivement remise au 1^{er} août à la suite des concessions consenties par la plupart des Compagnies et pour faire terminer le Congrès le 7 au soir, veille de l'ouverture du Congrès de médecine interne.

(2) En dehors de cette visite collective gracieusement offerte par elle, la Société Philomathique a décidé que les membres des Congrès de Bordeaux ne paieraient, sur la présentation de leur carte, que moitié prix (0 fr. 50) à l'entrée de l'Exposition.

Séance dans la soirée, s'il est nécessaire.

Vendredi 2 août. — Matin, 9 heures. — Deuxième question du programme : *Corps thyroïde et maladie de Basedow*; rapporteur, M. le D^r E. BRISSAUD. Discussion.

Soir, 2 heures. — Même question. Suite et fin de la discussion.

Samedi 3 août. — Matin, 9 heures. — Troisième question du programme : *Les Impulsions irrésistibles des Épileptiques, envisagées surtout au point de vue médico-légal* : rapporteur, le D^r V. PARANT. Discussion.

Soir, 2 heures. — Même question. Suite et fin de la discussion.

A 7 h. 1/2. — Banquet par souscription du Congrès.

Dimanche 4 août. — Matin, 9 h. 1/2. — Visite de l'Asile des Aliénés de Château-Picton (Bordeaux).

A midi, banquet offert au Congrès par l'Administration de l'Asile.

Lundi 7 août. — Matin, 9 heures. — Communications diverses.

Soir, 2 heures. — Communications diverses.

Mardi 6 août. — Excursion à Cadillac (Gironde).

Départ de Bordeaux le matin à 8 heures. — A 10 heures, visite du l'Asile des Aliénés de Cadillac. — A midi, banquet offert par l'Administration de l'Asile.

Dans l'après-midi, visite de la colonie agricole, annexe de l'Asile et du Château du duc d'Épernon (maison pénitentiaire correctionnelle de jeunes filles).

Rentré à Bordeaux à 6 heures du soir.

Mercredi 7 août. — Excursion à Royan (Charente-Inférieure).

Départ de Bordeaux à 7 heures par bateau spécial de la Compagnie Gironde-et-Garonne. Arrivée à Royan vers 11 heures. Réception par la municipalité et le corps médical.

A 11 h. 1/2, banquet offert par la ville de Royan.

A 2 heures, promenade sur la côte (Pontaillac-Saint-Palais).

A 4 h. 1/2, départ de Royan. Lunch en bateau. Arrivée à Bordeaux vers 8 h. 1/2 (1).

(1) Les membres du Congrès qui voudraient prolonger leur séjour à Bordeaux pourront assister le jeudi soir, 8 août, à la réception de l'Hôtel de Ville offerte par la Municipalité au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, ainsi qu'aux Congrès médicaux à ce moment à Bordeaux. Ils pourront également, s'ils sont adhérents, participer aux travaux et aux excursions du Congrès de l'Avancement des Sciences et du Congrès de médecine interne. (*Voir les programmes spéciaux.*)

DU SUICIDE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1892

Le rapport adressé au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la justice, sur l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1892 (*V. Journal officiel*, numéro du jeudi 16 mai 1895), contient sur le suicide les renseignements suivants :

Le nombre des suicides, après avoir subi une dépression en 1889 et 1890, a repris, dans les deux dernières années, sa marche ascendante. De 6,638 en 1880, il s'est élevé à 8,884 en 1891 et à 9,285 en 1892; à savoir : 7,318 suicides d'hommes et 1,967 suicides de femmes.

Cette proportion des deux sexes est à peu près constante. Celle des âges varie lentement, et spécialement celle des mineurs, qui va grandissant :

	1° Mineurs de moins de 16 ans.	2° De 16 à 21 ans.
1880	55	267
1888	65	383
1889	77	392
1890	80	358
1891	73	395
1892	87	475

Le total de ces deux âges donne un contingent de suicides égal, en 1880, à 4,8 p. 100; en 1888, à 5 p. 100; en 1892, à 6 p. 100.

Les suicides continuent à se répartir inégalement entre les diverses saisons de l'année, plus fréquents en été et surtout au printemps, plus rares en hiver et surtout en automne. Leurs causes les plus nombreuses sont : le désir de se soustraire à des souffrances physiques (1,764 en 1892), les maladies cérébrales (1,576), les chagrins domestiques (1,052), l'ivresse et l'ivrognerie habituelles (927). Cette dernière indication n'a trait qu'à l'influence directe exercée par l'alcoolisme sur le suicide, et non à son influence indirecte, qui est assurément bien plus importante.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Bordeaux (6^e Session, 1895).

Il est devenu banal de constater dans la chronique de septembre des *Annales médico-psychologiques* le succès du Congrès annuel des médecins aliénistes. Cette année, le nombre des adhérents dépassait cent soixante, chiffre qui n'a jamais été atteint; le nombre des communications apportées excédait de beaucoup les limites du temps prévu pour l'exposé et la discussion de ces communications; enfin, les réceptions offertes s'ajoutant aux travaux du Congrès ont fait des sept jours de la session de 1895, un véritable surmenage intellectuel et gastronomique. Les Bordelais nous ont trop bien reçus; c'est la critique à adresser à notre confrère Régis, l'organisateur et le secrétaire général du Congrès.

L'ouverture de la session a eu lieu dans la matinée du 1^{er} août, au Dôme central de l'Exposition de Bordeaux, ouverte gracieusement aux membres du Congrès; séance d'apparat, présidée par le Préfet de la Gironde,

ayant à ses côtés le premier président, le maire de Bordeaux, le président du tribunal, M. le Dr Drouineau, inspecteur général, représentant le ministre de l'intérieur, le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine. Discours de bienvenue du préfet ; réponse du professeur Joffroy, président du Congrès ; courte allocution de M. l'inspecteur général Drouineau.

Nous étions, à la Salle des Fêtes de l'Exposition, les hôtes de la Société philomathique qui, sous la conduite de son président et de son secrétaire général, nous a fait les honneurs de l'ensemble de l'Exposition. Il était difficile d'avoir, pour début, un accueil plus cordial.

Les travaux du Congrès ont commencé l'après-midi au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, siège réel de la session. M. Ritti, vice-président du Congrès de Clermont, a, au nom de l'ancien président empêché, procédé à l'installation du nouveau président, le professeur Joffroy, et M. Régis a pris place au bureau comme secrétaire général. Ont été proposés et désignés comme présidents d'honneur : MM. Berniquet, préfet ; Drouineau, inspecteur général, délégué par le ministre de l'intérieur ; Delcarron, premier président ; Pitres, doyen de la Faculté de médecine ; Th. Roussel, sénateur ; Goujon, sénateur ; Roth, de Moscon ; Francotte, de Liège. vice-présidents : MM. Paul Garnier et Gilbert Ballet. Secrétaires du bureau : MM. Sabrazès et Tissié, de Bordeaux ; Ronbinovitch, chef de clinique des maladies mentales à Paris. Quelques-uns de nos collègues ont manifesté le regret de ne voir, contrairement à l'usage, aucun médecin d'asile de province appelé au bureau. Il n'en a pas été question en séance ; mais le chroniqueur des *Annales* est l'écho de toutes les opinions émises à l'occasion du Congrès. L'omission a été certainement involontaire et il serait fâcheux qu'il pût y avoir matière à froissement quand nos congrès doivent servir de

trait d'union entre tous les médecins d'asile, et quand nous ne cessons de répéter que les absents ont tort, surtout s'ils ont négligé de faire acte d'adhésion.

La première question à l'ordre du jour était : Les psychoses de la vieillesse. — Rapporteur : M. Ritti.

Dans son rapport, M. Ritti débute en disant que l'étude des « psychoses de la vieillesse » constitue un chapitre en quelque sorte nouveau de la pathologie mentale, et il ajoute :

« Avec les documents publiés, méthodiquement classés et mis en œuvre, il serait aisé de produire une monographie suffisamment complète sur la folie des vieillards ; telle n'est pas, croyons-nous, la tâche du rapporteur. Il doit, à notre avis, se borner à rechercher les origines de la question, à faire connaître ses données principales, et, après avoir rapidement passé en revue nos connaissances actuelles, chercher à dégager les *desiderata* afin de mettre sur la voie des recherches nouvelles. »

Le programme du rapport ainsi présenté, M. Ritti expose l'histoire. Il montre que Pinel tout en ne donnant de la démence qu'une description vague, a déterminé deux variétés : la démence sénile et la démence apoplectique. Esquirol a distingué une psychose sénile, la manie prémonitoire de la démence sénile. Morel, en 1852, a fait observer qu'il n'est pas rare « de voir éclater chez des vieillards la folie avec ses formes les plus aiguës ». Marcé, en 1862, paraît avoir méconnu les psychoses séniles et posait en aphorisme qu'à partir de soixante ans, toutes les formes de folie se compliquent facilement de démence. D'une manière générale, on peut dire que dans la première moitié du siècle on pensait qu'en ce qui concerne les maladies mentales des vieillards, la démence est la règle, la psychose l'exception.

Maudsley, Wille, Weiss, Fürstner ont décrit des folies séniles distinctes de la démence et ce sujet a fait l'objet des thèses inaugurales de Gondal, Thivet, Olivier, Toulouse, Pécharman. Des mémoires ont été publiés dans les recueils spéciaux, par Régis, Biante, Rouillard; des observations ont été produites par Séglas, Ballet et Arnaud.

Après cet historique, M. Ritti aborde la psychologie de la vieillesse, montre les changements qui s'opèrent dans le caractère du vieillard; puis il entre dans le cœur du sujet au chapitre III, en décrivant les psychoses de la vieillesse, d'après l'ordre suivant.

Manie.

Mélancolie.	{	simple.
		anxieuse.
		avec stupeur.
		suicide.

Folie à double forme.

Confusion mentale.

Délire systématisé	{	de persécution.
		de grandeurs.

Folie instinctive : kleptomanie, érotisme, hystérie sénile, etc.

Comme corollaire des psychoses de la vieillesse, le rapporteur étudie dans un chapitre spécial les psychoses dans la vieillesse, c'est-à-dire les modifications qui se produisent dans la maladie mentale chez l'aliéné vieillissant à l'asile et il s'attache à faire ressortir que la démence n'est pas la terminaison naturelle, même dans la vieillesse. Un dernier chapitre est consacré à la médecine légale des psychoses de la vieillesse. Les conclusions du rapport sont :

« 1° On doit entendre par psychoses de la vieillesse, les affections mentales qui se développent chez des vieillards arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique ;

2° Les psychoses le plus souvent observées dans la

vieillesse sont, par ordre de fréquence : la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse ; la confusion mentale ; la manie ; la folie morale ; le délire systématisé ;

3° La mélancolie anxieuse de la vieillesse est une des formes les plus nettement définies, par la constante agitation, l'angoisse, les impulsions violentes, le refus d'alimentation sous prétexte qu'on ne donne à manger que de la chair humaine, de la pourriture ; la tendance aux obscénités ; l'insomnie, etc. Cette forme est très curable.

4° Le délire de persécution qui débute à l'époque de la vieillesse présente aussi des caractères spéciaux. Il suit la même évolution que celui de l'adulte, mais elle est plus rapide ; il présente, en outre, des hallucinations de la vue, qui ne sont pas accidentelles, mais font partie de la maladie et entrent en quelque sorte dans la constitution du délire.

5° Le délire systématisé, qu'il s'agisse du délire de persécution ou du délire des grandeurs, peut se manifester dans la vieillesse avec la même cohésion, la même activité, la même *tenue* que dans l'âge adulte. D'où l'on peut conclure que les psychoses se produisant dans les dernières phases de l'existence, ne sont pas nécessairement entachées de cette déchéance intellectuelle, décrite sous le nom de démence sénile.

6° Une manifestation délirante qui s'observe dans presque toutes les psychoses de la vieillesse est l'érotisme. Qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, de délire systématisé, on trouve chez tous les malades une suractivité dans la sphère du sens génital, se manifestant au dehors par des paroles, des gestes, des actes, souvent de la plus grande obscénité.

7° L'étude des symptômes somatiques est de la plus grande importance dans les psychoses de la vieillesse. Les

troubles de la circulation, les lésions cardiaques, les lésions rénales sont très fréquentes. Il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une auto-intoxication (urémie) (?).

8° Les causes de ces psychoses doivent être cherchées dans l'hérédité, dans les modifications organiques accompagnant la vieillesse, dans la résistance moindre qu'oppose le cerveau sénile aux ictus moraux et autres.

9° Le pronostic de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certaines psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mûr.

10° L'étude des psychoses *dans* la vieillesse est, en quelque sorte, le complément de celles *de* la vieillesse. Les aliénés et en particulier les circulaires et les persécutés, arrivent aux extrêmes limites de la vieillesse sans tomber dans la démence. La plupart du temps, ce n'est qu'à la suite d'un ictus cérébral qu'ils présentent les premiers symptômes de cette déchéance de toutes les facultés; mais, alors, ce ne sont pas des déments vésaniques, mais des déments organiques.

11° La médecine légale des psychoses de la vieillesse est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés.

Les cas relatifs à la capacité y sont peut-être plus nombreux que ceux concernant la responsabilité. »

L'exposé du rapport a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Vallon, Vergely, Delcurron, Régis, Mabilie, Cullerre. M. Vallon a appelé l'attention sur l'étiologie de la mélancolie suicide chez le vieillard que la misère pousse à se tuer. Quand la tentative de suicide a échoué, le vieillard mélancolique amené à l'Asile guérit généralement assez vite; mais on n'ose pas le renvoyer parce qu'il retomberait dans la misère et aurait inévitablement une rechute.

C'est une cause d'encombrement pour les Asiles et M. Vallon réclame la création d'hospices pour les vieillards avec infirmerie spéciale pour les psychoses passagères.

M. Vergely a communiqué six observations de malades vues dans la clientèle et chez lesquelles la misère n'a eu aucun rôle étiologique. La psychose s'est développée chez les six vieillards à la suite d'une bronchite, qui a paru d'abord sans gravité, mais a ensuite amené la mort.

M. Régis a présenté deux observations où la psychose chez le vieillard était liée à un délire onirique. Dans aucun des deux cas il n'y avait démence, et même, dans l'un des deux cas, il y a eu guérison. Le rêve dans les psychoses n'est donc pas, comme le pensait Krafft-Ebing, un signe de démence.

M. Mabillet a parlé de l'influence de l'hérédité dans la folie des vieillards. Il a insisté sur la coexistence si fréquente des lésions de l'appareil circulatoire. Ces lésions ne jouent-elles pas un rôle ? et on sait que les altérations vasculaires sont héréditaires.

Pour M. Mabillet il n'y a pas une folie des vieillards, mais des formes diverses d'aliénation mentale chez les vieillards. Pour lui le pronostic est assez grave, quoique un certain nombre de malades puissent guérir.

M. Cullerre a cité une observation de délire des grands chez un vieillard déséquilibré, qu'on ne peut pas qualifier de dément, mais qui présente une excitation analogue à celle de certaines circulaires ; c'est un exemple de l'apparition tardive de la folie chez les héréditaires.

M. Christian avait envoyé une note, dont il a été donné lecture, sur le délire érotique de vieillards de soixante-dix à quatre-vingts ans, alors que l'excitation génitale paraît éteinte.

Au cours de la discussion M. le premier président Delcarron avait obtenu un vif succès en venant exposer ses vues sur le rôle que devaient remplir les médecins légistes dans leurs rapports avec les magistrats et sur les desiderata de notre législation actuelle.

La journée du 2 août a été consacrée à la deuxième question : Corps thyroïde et maladie de Basedow. — Rapporteur, M. Brissaud.

Comme M. Ritti, M. Brissaud a pensé que son rôle de rapporteur devait surtout consister à provoquer la discussion sur les points contestés de la question, et il s'est appliqué à rechercher quels sont les rapports de cause à effet paraissant exister entre les altérations organiques ou fonctionnelles du corps thyroïde et le goitre exophtalmique. Il examine dans le premier chapitre comment est née la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow. Saint-Yves, Bousquet, Demours, Brücke, Parry avaient remarqué que certains goitreux se distinguaient des autres par de l'exophtalmie et des palpitations cardiaques. Graves, Stokes, Basedow dégagèrent les goitreux de cette variété. Charcot proclama l'autonomie nosographique du goitre exophtalmique. Tronseau croyait que les troubles cardiaques étaient les premiers en date, que, par conséquent, ils caractérisaient la nature de l'affection, et que le goitre et l'exophtalmie n'étaient que des accidents secondaires. Piorry soutint que la cause était l'altération du corps thyroïde. La théorie d'une lésion du sympathique fut soutenue par Kœben, Aran, Charcot, Tronseau, Jaccond, mais n'eut jamais la faveur générale. La majorité des auteurs admit la théorie dite bulbaire ou centrale, et cette théorie fut soutenue récemment par M. Ballet; puis survint la théorie de Mœbius, d'après lequel la glande thyroïde sécrète une substance toxique exerçant son action sur les centres nerveux et donnant naissance à

la triade et aux symptômes connexes du goitre exophtalmique.

Les principaux arguments en faveur de la théorie thyroïdienne sont que certains goitreux présentent à un moment donné des symptômes analogues ou identiques à la maladie de Basedow. Certains sujets atteints de maladie de Basedow sans goitre ont néanmoins des lésions du corps thyroïde. Dans le myxœdème, le corps thyroïde fait défaut, et on observe le ralentissement du pouls, de la dépression, du manque d'activité, du refroidissement, c'est-à-dire des symptômes inverses de la maladie de Basedow.

Charcot avait voulu faire du goitre exophtalmique une unité morbide; aujourd'hui, il y a un revirement dans cette manière de voir, et on tend à considérer cette maladie comme un syndrome, c'est-à-dire des symptômes groupés et se rattachant à la lésion matérielle ou physiologique d'un centre. Si la maladie de Basedow n'est pas une entité morbide, mais un syndrome, c'est une question de localisation d'un centre qui peut être atteint d'une manière quelconque par une cause quelconque. La maladie présente alors des analogies avec l'épilepsie, qui doit être considérée aussi comme syndrome. Il y a des types complets de maladie de Basedow et des types incomplets. On a des observations de début brusque, à la suite des causes occasionnelles les plus variées.

M. Brissand a insisté sur le rôle de l'hérédité nerveuse et de tous les chocs nerveux à réaction réflexe. La maladie n'est généralement pas complète lorsqu'une thyroïdite est la cause accidentelle; c'est même ce qu'on a appelé la fausse maladie de Basedow. Il y a des cas de maladie de Basedow latente, différents de la forme fruste. Il existe un certain nombre de cas latents de cause grippale, pneumonique, brightique. Le nœud de la question, a dit M. Brissand, est l'anatomie patholo-

gique. On crut d'abord à une lésion du sympathique cervical parce qu'il y a congestion; les partisans de la théorie thyroïdienne ont insisté sur la constance des lésions du corps thyroïde, alors qu'il n'y avait pas hypertrophie de l'organe. Mais, dans les maladies aiguës, le corps thyroïde est altéré, et, dans les maladies chroniques, on trouve invariablement des lésions aussi importantes et mêmes identiques à celles qu'ont décrites MM. Joffroy et Achard dans le goître exophtalmique, et, pourtant, il n'y avait pas de maladie de Basedow. Par contre, en faveur de la théorie thyroïdienne, on peut invoquer ce fait que la lésion du corps thyroïde est souvent unilatérale. Or, comment alors pourrait-il y avoir dimidiation de la lésion sans dimidiation des symptômes? En faveur de la théorie nerveuse on a quelques cas de maladies de Basedow consécutifs aux tabes, quand la lésion gagne les corps restiformes. Entre les diverses opinions M. Brissand se déclare très embarrassé de conclure. L'étiologie donne des arguments en faveur de la théorie nerveuse, l'ensemble des symptômes donne des arguments en faveur de la théorie thyroïdienne. La conclusion ne se dégage pas mieux si on invoque les expériences physiologiques, car on n'a pas pu produire expérimentalement l'hyperthyroïdisation, et le traitement chirurgical n'amène pas de guérisons bien authentiques. Si la cachexie thyroïdienne se développe, on doit faire l'ablation du corps thyroïde; mais, chez les malades opérés, tous les symptômes de la maladie de Basedow ne disparaissent pas. M. Brissand avait non seulement présenté un rapport fort intéressant et fort instructif, mais il a, en outre, fait un exposé oral très brillant, pour ouvrir la discussion. On a vu qu'il évitait de conclure.

Le professeur Renant de Lyon s'est déclaré partisan de la théorie thyroïdienne et s'est appuyé sur ses recherches histologiques. Il s'est étendu sur la modifi-

cation du réseau lymphatique et sa conclusion est qu'il y a un poison versé dans le sang par suite de l'altération de la glande thyroïde.

M. Gley s'est déclaré lui aussi en faveur de la théorie thyroïdienne, mais il a exposé que la glande thyroïde joue un rôle antitoxique. La maladie de Basedow est-elle produite par un excès de fonctionnement ou une insuffisance fonctionnelle de l'organe, c'est ce qu'à son avis, dans l'état actuel de la science, on ne saurait préciser.

M. Gilbert Ballet a communiqué les résultats des expériences qu'il a faites avec la collaboration de M. Enriquez. Il a essayé de produire l'hyperthyroïdisation chez le chien par trois procédés : la greffe, l'ingestion de corps thyroïde, l'injection de suc thyroïdien préparé par la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval.

Ce dernier procédé a donné les résultats les plus constants et a produit de la fièvre, de la tachycardie, de l'excitation et dans deux cas de l'exophtalmie. Les injections ont produit l'augmentation du corps thyroïde qui est revenu sur lui-même quand les injections ont cessé, et lorsque, en poursuivant les injections, on a déterminé la mort de l'animal, on trouvait des lésions du corps thyroïde analogues à celles qu'a décrites M. Renant. Mais dans ces cas l'hyperthyroïdisation avait précédé la lésion de la glande thyroïde.

M. Gilbert Ballet soutient la théorie suivante de la maladie de Basedow. Des causes diverses agissent sur l'innervation du corps thyroïde qui alors influe le bulbe d'où part la triade du syndrome. Il a essayé l'injection du sang myxœdémateux ; pour cela on rend des chiens myxœdémateux en leur enlevant le corps thyroïde et les résultats ont été : la diminution de la tachycardie et de l'oppression, l'atténuation du goitre et de l'exophtalmie.

M. Jules Voisin a apporté trois observations de goitre exophtalmique traité par ingestion de corps thyroïde. La théorie de M. Voisin est que le corps thyroïde altéré sécrète un liquide vicié ou anormal et le corps thyroïde sain détruit les toxines.

M. Pons a communiqué une observation de goitre exophtalmique en voie d'amélioration chez une hystérique. Quels sont les rapports de l'hystérie et de la maladie de Basedow dans ce cas ?

MM. Verrier, Taty, Trenel, Mabilie, Mathon ont à leur tour présenté des observations de malades atteints de goitre exophtalmique. M. Babinski a communiqué un cas fort curieux où l'on observe la coïncidence de phénomènes myxœdémateux et de symptômes de maladie de Basedow. M. Joffroy a résumé la discussion en faisant voir le rôle important joué par le corps thyroïde ; l'hypothyroïdisation, dit-il, n'a pas gagné, mais l'hyperthyroïdisation a subi un rude assaut. Il a terminé en signalant le danger du traitement par l'ingestion de corps thyroïde, traitement qui nécessite une très grande prudence. La journée s'est terminée par une conférence de M. Renaut sur les *Neurones*, étudiés plus particulièrement par lui dans la rétine.

L'ordre du jour de la troisième journée appelait la discussion du rapport du Dr Parant sur les impulsions irrésistibles des épileptiques. La séance du matin a débuté par un intermède. M. Regaud, préparateur du professeur Renaut, a exposé la technique de l'emploi du bleu de méthylène B X, de Berlin, pour colorer les éléments nerveux examinés au microscope. Les histologistes ont entendu avec beaucoup d'intérêt cette communication.

La parole a ensuite été donnée à M. Parant pour l'exposé de son rapport. L'étendue de ce travail, très documenté et fort bien fait d'ailleurs, mais comptant

cent quarante pages d'impression, rend difficile une analyse complète dans cette Revue et je me bornerai à suivre l'exposé oral fait par l'auteur.

Les impulsions, dit le D^r Parant, sont des délires de courte durée; mais la question a une grande importance au point de vue médico-légal, et il faut faire comprendre à ceux qui ne sont pas médecins qu'un aliéné peut n'être pas déraisonnable d'une manière permanente. L'épileptique est toujours un impulsif. Les impulsions accompagnant les manifestations convulsives se rencontrent surtout dans le vertige épileptique, mais il y a aussi les impulsions en dehors de manifestations convulsives; il y a l'épilepsie larvée de Morel, qu'on a beaucoup discutée: les uns ont abusé de la théorie de Morel, d'autres ont été à l'extrême opposé et ont nié. On peut dire que le mot est mauvais, mais le fait existe. Il peut y avoir, dans l'épilepsie, substitution de la psychose aux manifestations convulsives et réciproquement.

M. Parant a examiné les impulsions irrésistibles dans l'épilepsie partielle, les impulsions chez les épileptiques, indépendantes de l'épilepsie, les délires; associés et la coexistence de plusieurs délires; puis il arrive aux actes délictueux ou criminels commis par les épileptiques dans les impulsions irrésistibles et il a examiné successivement:

Les violences et attentats contre les personnes se divisant en deux catégories, actes commis dans la fureur épileptique, impulsion subite sans délire apparent.

Le suicide.

Les impulsions au vagabondage; la convulsion s'y montre plus rarement.

Les vols.

Les incendies, ici l'acte est plus complexe.

Les outrages à la pudeur, se divisant eux aussi en

deux groupes, actes commis dans la manie furieuse épileptique, actes où l'épileptique reste calme.

La séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques est étudiée avec soin par le D^r Parant. Il signale les hallucinations de la vue, dans la manie furieuse épileptique. Les actes impulsifs en dehors de la manie furieuse ont pour caractère leur soudaineté, l'ins tantanéité de leur apparition. On a coutume de dire que les épileptiques sont inconscients ; peut-on l'affirmer quand la durée de l'attaque est longue, par exemple dans les cas de vagabondage ? Ce qui est plus exact, c'est qu'au moment où l'attaque cesse, le souvenir disparaît. Il semble qu'il y ait un rideau baissé. De même que pour l'attaque convulsive, l'accès est plutôt caractérisé par l'amnésie que par l'inconscience. Dans quelques cas on a signalé un peu de souvenir, mais ce sont des faits à étudier : tels sont les cas mentionnés dans la thèse de Hennocq.

Le diagnostic des actes impulsifs des épileptiques est quelquefois difficile. L'amnésie ne peut être démontrée ; il faut s'en rapporter au malade et il faut s'appuyer sur les autres caractères de l'acte impulsif pour corroborer le diagnostic. Les applications médico-légales sont très importantes. Il y a irresponsabilité dans tous les cas d'impulsion épileptique irrésistible. L'inconscience peut paraître n'être pas complète dans les cas où l'individu se livre à des actes combinés, et cependant il y a irresponsabilité.

Tel est le fait rapporté par Legroux, où Lasègue était l'objet de l'agression d'un épileptique sortant de crise, et où, à un examen plus superficiel, la préméditation aurait paru exister.

Les épileptiques ne doivent pas être considérés comme irresponsables des actes délictueux qu'ils peuvent commettre sans impulsion irrésistible. Il y a toutefois lieu

de tenir compte de leur irritabilité, de leur violence de caractère, dans les attentats contre les personnes.

L'irresponsabilité des épileptiques ayant commis un attentat sous l'influence d'une impulsion irrésistible entraîne leur séquestration dans un asile, mais on ne peut pas, s'ils viennent à guérir, leur refuser le bénéfice de la loi du 30 juin 1838, et demander leur séquestration perpétuelle; seulement il faut être très prudent, lorsque un épileptique homicide paraît devenu inoffensif, et lorsqu'il s'agit de provoquer sa sortie.

La discussion étant ouverte, M. Jules Voisin a lu un travail dans lequel il s'est attaché à établir le diagnostic différentiel entre la fugue chez les épileptiques, les hystériques et les paralytiques généraux. En ce qui concerne la responsabilité des épileptiques, M. J. Voisin estime que l'épileptique, en dehors des accès, est responsable; mais quelle est la durée de l'état de mal? c'est ce qu'on ne peut fixer d'une manière absolue, et il cite le cas d'un individu qu'il a vu rester en état de petit mal pendant dix-neuf jours.

M. Vallon a soutenu que dans la médecine légale des épileptiques, l'examen de l'acte incriminé devait avoir une importance prépondérante. Il a été frappé du nombre de cas où l'on allègue l'épilepsie et de la rareté des faits où l'acte paraît en relation avec l'épilepsie. Il a cité plusieurs cas où il était appelé comme expert. Dans un cas de vols dans une église, par un épileptique interné antérieurement dans les asiles, l'amnésie invoquée d'abord a été reconnue simulée. De même dans un autre cas de violences sur une femme par un souteneur épileptique. Dans ces deux cas M. Vallon a conclu à la responsabilité. Par contre il a conclu à l'irresponsabilité dans un cas d'attentat à la pudeur par un épileptique qui avait dû avoir une impulsion vertigineuse, vu le caractère absurde de l'acte. Pour M. Vallon, en médecine

légale, la constatation de l'épilepsie ne suffit pas pour se prononcer sur la responsabilité, et l'examen de l'acte en lui-même est le critérium.

M. Challan de Belval, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, a parlé de l'épilepsie dans l'armée. Il y a là une source de questions délicates pour les médecins militaires. Parfois l'épilepsie est simulée ; par contre, elle est aussi parfois dissimulée par des jeunes gens qui veulent s'engager. Les épileptiques commettent, sous l'influence de vertiges, des infractions à la discipline, et, devant la justice militaire, ils doivent être déclarés irresponsables. Des instructions sont d'ailleurs données dans ce sens aux médecins militaires, et, en 1894, l'épilepsie a motivé 295 cas de réforme.

M. Paul Garnier pense qu'il y a deux formes d'épilepsie : la forme grossière que tout le monde peut diagnostiquer, et une forme délicate à diagnostiquer. Pour lui, il y a, dans le syndrome épileptique, une triade symptomatique : perte de connaissance, automatisme, amnésie. L'impulsion comitiale ne peut pas être admise sans ces trois conditions. Il y a irresponsabilité dans la phase d'inconscience et d'automatisme. En dehors de ce cas, le seul fait de l'épilepsie n'exonère pas l'individu de sa responsabilité pénale ; mais est-il possible de considérer un malade comme absolument responsable de ses actes ? L'épileptique n'est pas un individu normal ; atteint si souvent dans son activité cérébrale, il doit appartenir à la pathologie, d'où atténuation de la responsabilité.

Cette manière de voir a paru trop absolue à MM. Valion et Charpentier.

M. Tissié a apporté une observation curieuse d'épilepsie larvée, puis le professeur Pitres a exposé sa manière d'envisager l'automatisme ambulatoire. Autrefois, quand un malade partait de son domicile et se trou-

vait à quelque distance, on disait que c'était une fugue épileptique, surtout si l'individu était un dégénéré. On doit aujourd'hui envisager la question autrement. M. Pitres pense qu'on doit distinguer trois séries :

La première caractérisée par le besoin de marcher ;

La seconde dans laquelle le besoin est psychique ;

La troisième où l'on doit ranger les malades à impulsion véritable.

Dans la première série se trouvent les cas où la personne éprouve le besoin de marcher, sans parfois sortir de son domicile. Tel est le cas d'un personnage officiel qui traitait les affaires en marchant. Il n'y a pas de délire, mais simplement automatisme ambulateur.

Dans la seconde série, on peut classer les vagabonds, les trimardeurs, les travailleurs errants, les hypochondriaques errant pour aller consulter les célébrités médicales.

Dans la troisième série, on doit distinguer trois formes : les impulsifs conscients, les impulsifs hystériques, et enfin les impulsifs qu'on considère comme épileptiques parce qu'ils disent ne pas se souvenir ; mais ces derniers cas sont les moins précis de la série, parce qu'on ne sait jamais ce que sont devenus les individus pendant la fugue, et par conséquent ils n'ont pas pu être examinés en état de crise, et la conclusion de M. Pitres est que l'automatisme ambulateur épileptique est douteux.

Ont encore pris part à la discussion MM. Régis, Charpentier, Dontrebente et Larroussinie, et la clôture a été prononcée.

La séance a été terminée par une communication de M. Bourneville, sur le traitement des myxœdémateux par ingestion de corps thyroïde.

Le soir, le banquet confraternel de tradition réunissait les membres du Congrès, auxquels s'étaient joints

le préfet de la Gironde et M. le premier président, et auquel étaient admises les dames qui avaient accompagné leurs maris à Bordeaux.¹

Le menu était orné de deux photographures représentant, l'une Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés, l'autre Charcot à la Salpêtrière et symbolisant l'union des médecins aliénistes et des neurologistes. Sous la suggestion du très dévoué secrétaire général du Congrès, un certain nombre de propriétaires de grands crus avaient gracieusement offert des vins exquis et le banquet marquait le début de notre surmenage gastronomique.

Le lendemain dimanche, réception somptueuse à l'asile de Château-Picon, dont M. Calès, directeur de l'établissement, faisait les honneurs. L'asile est neuf, mais on commence déjà à y sentir l'encombrement, et on y remarque un certain nombre de défauts de détails. Il semble que l'architecte ne se soit pas suffisamment laissé guider par le médecin. Nous savions, d'ailleurs, qu'à l'asile de Bordeaux, le médecin en chef n'avait pas toujours la prépondérance qu'il devrait avoir.

Après la réception de Château-Picon, visite très intéressante de l'établissement des Sourdes-Muettes où nous avons conduit le médecin de l'Institution, le professeur Coyne, et où le directeur nous a, non seulement fait voir les locaux fort bien disposés au point de vue de l'hygiène, mais encore nous a fait assister à toute la série d'exercices amenant les enfants à devenir les voyantes parlantes, à communiquer facilement les unes avec les autres, et à recevoir une instruction relativement élevée.

Le lundi 5 août, devait être consacré aux communications dues à l'initiative des membres du Congrès. L'ordre du jour portait quarante-deux communications.

On ne pouvait se dissimuler, dès le matin, que le temps allait manquer, quoique l'heure de la réunion eût été avancée, et, comme les journées du 6 et du 7 devaient être consacrées aux excursions de Cadillac et de Royan, cette partie du Congrès devait fatalement être tronquée, ce qui, en somme, a été regrettable. Déjà, le même fait s'était produit l'année dernière. Les travaux apportés au Congrès sont bien insérés dans le volume des comptes rendus; mais la discussion de la plupart des communications a été impossible, et il est tout différent d'entendre l'exposé d'un auteur, ou de lire un mémoire publié quelques mois, sinon un an après le Congrès. On ne saurait trop appeler sur ce point l'attention de l'organisateur du prochain Congrès. L'analyse de cette séance ne peut être ici qu'un exposé très sommaire, se réduisant le plus souvent au titre de la communication. La plupart des communications ayant dû elles-mêmes être très écourtées à la séance.

SOLLIER. — L'anorexie mentale, donnant lieu à une courte discussion à laquelle ont pris part MM. Régis, Charpentier et Doutrebente; il s'agit de l'anorexie des jeunes filles à la puberté.

VERRIER. — Aquapuncture dans le traitement de l'asthénie hystérique. Discussion : M. Delmas.

TISSIÉ. — Traitement de quelques phobies par la gymnastique médicale. L'auteur ajoute au traitement la suggestion thérapeutique. Discussion : M. Doutrebente.

MARINESCO. — Syringomyélie primitive et syringomyélie secondaire. Discussion : M. Roth.

ROUBINOWITCH. — Un cas de démence juvénile avec tics et athétose.

GIRAUD. — De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leur condamnation. Discussion : MM. Charpentier, Paul Garnier, Doutrebente.

FOVEAU DE COURMELLES. — La neurasthénie et son traitement électrique.

DE FLEURY. — Nature et traitement de la neurasthénie.

RÉGIS. — Neurasthénie et artério-sclérose. L'auteur appelle l'attention sur les lésions artérielles et les affections du cœur chez les neurasthéniques. Discussion : MM. de Fleury, P. Garnier, Larroussinie, Bérillon.

JOFFROY. — Sur la toxicité des alcools. Exposé d'une nouvelle méthode expérimentale pour rechercher la toxicité des alcools. Discussion : MM. Paul Garnier, Charpentier, G. Ballet.

BÉRILLON. — Action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Discussion : M. Dontreberte.

PAILHAS. — Quelques considérations sur la limite des processus essentiels de l'hallucination à propos d'un cas d'images fantastiques négatives.

De l'instinct ou idée de conservation de la propriété, substratum d'états monomaniaques.

LANNOIS. — Deux faits cliniques :

1° Cécité verbale sans cécité littéraire et sans hémianopsie.

2° Hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané à crises épileptiformes.

LAGRANGE. — 1° Contribution à la recherche de l'étiologie de la paralysie générale. Sous ce titre, M. Lagrange a apporté l'observation d'un individu ayant pris la syphilis au cours de la paralysie générale. Discussion : MM. Régis et G. Ballet.

2° Un cas de chorée de nature hystérique guérie par la solanine.

KLIPPEL. — De la paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux. L'auteur a observé la vaso-dilatation dans l'état expan-

sif, la vaso-constriction dans l'état mélancolique. Discussion : M. Charpentier.

DUBREUILH. — Un cas d'accidents hystériformes dans la paralysie générale. Discussion : MM. Paul Garnier et Régis.

PRÉCHAUD. — Quelques cas chirurgicaux chez les aliénés. Discussion : MM. Régnier, Larroussinie, Régis.

DELMAS. — De l'intervention médicale ou hydrothérapique dans son application aux maladies nerveuses.

BRANDEIS. — Un cas d'athétose double débutant chez l'adulte.

LARROUSSINIE. — De la dissimulation chez les aliénés.

RÉGNIER. — Traitement électrique du goitre exophtalmique.

Les communications inscrites à l'ordre du jour et non faites étaient :

DEVAY. — De la mélancolie chez les spécifiques.

PITRES. — De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie.

BOURNEVILLE. — Contribution à l'étude des maladies nerveuses chroniques des enfants.

MATTON. — Un nouveau cas de cachexie pachydermique avec idiotie crétinoïde.

GILLES DE LA TOURETTE. — De la tétanie.

MAIRET. — Sur l'hérédité.

GALLAND. — Des hémorragies essentielles dans la neurasthénie.

ROUBY. — Nécessité de créer en France une Société pour le relèvement des buveurs.

BOURNEVILLE. — Éducation de la main de l'idiot.

VIGOUROUX. — Essais sur la céphalométrie des aliénés.

LEVILLAIN. — Essais de neurothérapie.

CHABBERT. — Trois cas de chromidrose jaune chez

trois membres d'une même famille ; neurasthénie, hystérie.

SAMUEL GARNIER. — Traitement des formes dépressives de la folie par la méthode de Brown-Séquard.

CHARON. — Du traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure (méthode de Flechsig).

PIERRET. — Des attaques apoplectiformes et épileptiformes des paralytiques généraux.

BRIAND et ISCOVESCO. — Sur le signe du cubital dans la paralysie générale.

MABILLE. — Torticollis mental chez un dégénéré héréditaire.

TATY et GUÉRIN, de Lyon. — Médication thyroïdienne dans le myxoédème et le goitre simple.

TOY. — De l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque.

DESCHAMPS. — Note au sujet d'un projet d'asile d'alcooliques pour le département de la Seine.

A. MARIE. — Remarques sur l'état mental de quelques séniles.

Dans le cours de l'après-midi, malgré l'ordre du jour aussi chargé, la séance avait été suspendue pendant une heure pour permettre à M. Marinesco de faire une conférence avec projections de coupes anatomo-pathologiques de la moelle épinière. A cet effet un amphithéâtre spécial, disposé pour ce genre de conférences, avait été mis à la disposition du Congrès.

On avait eu en outre à régler le choix de la ville où l'on se réunirait en 1896. Après discussion, la majorité a opté pour la ville de Nancy. Ont été désignés comme président du futur Congrès M. le professeur Pitres, comme secrétaire général, M. le D^r Lallemand, médecin en chef à Maréville. On a accepté l'offre de MM. Parant, Dubuisson et Noguès, de prendre Toulouse comme lieu de réunion en 1897. Enfin le vœu suivant a été voté :

« Le Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes réuni à Bordeaux en 1895, émet le vœu, que, par suite d'une entente entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Justice, les aliénés subissant une condamnation, et transférés de prison dans un asile, soient mis sous la protection des procureurs généraux, qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des tribunaux correctionnels à la Cour d'appel.

Le Congrès émet le vœu que la flétrissure imméritée subie par les aliénés, dont l'état mental a été méconnu au moment de la condamnation, soit effacée par l'appel, ce qui paraît possible dans la majorité des cas. »

Ni le choix des questions, ni la désignation des rapporteurs n'avaient été arrêtés en séance, ce qui devait amener des réclamations assez vives. Le bureau ne s'était pas cru en mesure de faire des propositions et le Président n'avait pas voulu laisser ce choix à l'initiative d'un petit nombre de membres présents, au milieu d'un désarroi inévitable, à une heure tardive, à la fin d'une séance très longue, et où chacun subissait les effets de la fatigue. Pour éviter un semblable inconvénient, on a décidé, sur la proposition de M. Parant, qu'au prochain Congrès, une commission nommée d'avance serait chargée d'élaborer le programme du Congrès suivant. Ont été choisis comme membres de cette commission MM. J. Voisin, Paul Garnier, Ritti, Gilbert Ballet, Brissaud, Babinsky, Joffroy.

La journée du 6 août avait pour programme la visite de l'Asile de Cadillac. Au début on a été péniblement impressionné par un accident, qui heureusement n'a pas eu de suites graves. Nous allions de Bordeaux à Cérons en chemin de fer, et, de là, des omnibus nous transportaient à l'Asile. Au moment de quitter Cérons, le Dr Tissier a été précipité du haut de l'impériale d'un omnibus, et quoiqu'il n'eût pas perdu longtemps con-

science de ce qui se passait autour de lui, on a eu un moment de vive inquiétude. On regrette toujours l'accident survenant à un confrère, mais, de plus, Tissié avait les sympathies de tous.

Il avait été, durant le congrès, le collaborateur très actif du secrétaire général et s'était littéralement prodigué pour donner à chacun les renseignements qu'on pouvait désirer ; il se montrait plein d'entrain, et, en outre, avait très bien organisé le service d'informations de la presse locale.

Le chroniqueur est obligé de constater que la visite de Cadillac a eu un caractère peu médical, et que, dans la réception qui nous était faite, le médecin en chef avait un rôle assez effacé. On nous a conduits tout d'abord au vignoble de l'Etablissement et au chai où les amateurs pouvaient déguster le vin du cru. L'asile vend son vin, et on pouvait même faire séance tenante une commande.

Puis nous avons été amenés à l'Asile où la table du banquet avait été dressée dans une grande salle dépendant du pensionnat. Le Directeur, M. Gauckler, s'était efforcé de ne pas rester au-dessous de Château-Picon, soit comme menu, soit comme vins. Après le banquet, visite sommaire du pensionnat, et la journée s'est terminée par la visite de l'ancien château des ducs d'Épernon, servant aujourd'hui de maison d'éducation correctionnelle pour les jeunes filles.

On ne pouvait que remercier les Administrateurs de l'Asile de Cadillac de s'être ingéniés à nous bien recevoir ; mais beaucoup d'entre nous eussent préféré faire moins bonne chère et avoir une visite un peu plus médicale de l'Asile.

Le dernier jour était une grande journée de vacances. La municipalité de Royan avait invité le Congrès à visiter la plage, ou plutôt les plages de Royan, et avait

offert un bateau pour nous faire venir par la Gironde. Journée charmante, d'ailleurs. La descente du fleuve est une jolie promenade. La municipalité de Royan était sur le quai pour nous attendre. Le tramway à vapeur nous a conduits à Pontailiac sur la plage ; retour à Royan ; visite de l'ancien Casino ; déjeuner très gracieusement offert. Nous y avons trouvé le préfet de la Charente-Inférieure qui, fort aimablement, était venu revoir les congressistes d'il y a deux ans à la Rochelle ; puis, excursion au Casino du Parc, à la plage de Saint-Georges, retour à Royan où un concert était donné en notre honneur au nouveau Casino (Casino municipal). Des éventails étaient donnés aux dames, et, pour ne rien omettre, un photographe était là pour braquer sur nous son objectif. Nous nous serions volontiers attardés sur cette jolie plage de Royan, mais la sirène du bateau à vapeur multipliait ses appels pour nous dire que l'on ne transige pas avec l'heure de la marée, et l'on dut partir, restant sous l'impression de l'aimable réception qui nous avait été faite, et de la bonne journée passée en plein air. Retour fort gai avec lunch, ou plutôt dîner froid sur le bateau. A l'arrivée à Bordeaux, la session du Congrès était définitivement close. Il restait à remercier M. et M^{me} Régis de tout ce qu'ils avaient fait pour mener les choses à bien, et à se donner rendez-vous l'année prochaine à Nancy. J'ai prononcé le nom de M^{me} Régis qui s'est faite le collaborateur de son mari pour l'organisation du Congrès.

En somme, la réunion de Bordeaux a été fort brillante.

Au milieu de tous les Congrès organisés à l'occasion de l'exposition de Bordeaux, le nôtre faisait bonne figure.

Les rapports avaient été imprimés et distribués en temps utile ; le service du secrétariat était bien orga-

nisé ; on y trouvait tous les renseignements qu'on pouvait désirer ; la presse médicale était bien installée ; les congressistes avaient à leur disposition une salle de correspondance.

Jamais, à nos Congrès, les détails matériels n'avaient été aussi bien réglés, et c'était incontestablement dû à l'activité du D^r Régis qui n'avait épargné ni son temps ni sa peine.

Pour la première fois, les Compagnies de chemins de fer avaient accordé des réductions sur le prix du voyage. On le devait aux démarches du Président, le professeur Joffroy.

Si quelques critiques ont été formulées au cours de cette chronique, elles n'ont pas eu pour but de rabaisser le mérite des organisateurs, mais de signaler quelques imperfections pour permettre de profiter de l'expérience acquise. Au début de nos congrès annuels, quatre jours suffisaient. Depuis que les neurologistes se sont joints à nous, le nombre des travaux apportés s'est accru.

Si le programme s'est élargi, il faut étendre le champ de la discussion et donner une place suffisante aux communications dues à l'initiative individuelle.

On ne doit pas oublier que nous ne nous réunissons pas seulement pour entendre discuter quelques points scientifiques encore indécis. Nous avons à nous communiquer, entre nous, nos idées sur l'organisation de nos services, sur tout ce qui intéresse le traitement et l'assistance de nos malades, et aussi sur nos intérêts professionnels. Il est nécessaire de réserver à ce genre de communication une place suffisante, à côté du programme des grandes questions scientifiques mises à l'ordre du jour.

La date exacte de la réunion à Nancy n'a pas été fixée. Jusqu'à présent, tous nos congrès annuels se sont ouverts au commencement d'août, tantôt le 1^{er} août

même, tantôt le premier lundi d'août. La date du 1^{er} août soulève quelques réclamations, à deux points de vue. Pour être exact au rendez-vous, il faut partir le 31 juillet. Or les directeurs médecins ont à ce moment leur comptabilité de fin de mois, et les pères de famille ont souvent, ce même jour, la distribution des prix de leurs enfants. En outre, on n'a pas l'habitude de faire de séances le dimanche, et, quand le 1^{er} août tombe au milieu de la semaine, la journée du dimanche vient interrompre les discussions. Mais je crois que j'abuse un peu de mes lecteurs, et je m'arrête en leur disant :

Venez l'année prochaine à Nancy, vous ne le regretterez pas.

A. GIRAUD.

P.-S. — Les questions qui seront soumises et discutées au Congrès de Nancy sont les suivantes :

Pathologie mentale : *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*. Rapporteur : M. Ph. CHASLIN.

Pathologie nerveuse : *De la séméiologie des tremblements*. Rapporteur : M. SOUQUES.

Législation : *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation*. Rapporteur : M. PAUL GARNIER.

— Pendant l'excursion à Royan, est arrivée la dépêche suivante émanant de nos distingués collègues de Moscou :

« Les soussignés, médecins aliénistes de Moscou, regrettant de ne pas être à Bordeaux, envoient au Congrès des aliénistes français leurs vœux sincères.

« Korsakow, Boutzke, Botkine, Konstantinowski, Minor, Jdanow, Serbsky. »

Le Congrès a répondu immédiatement par le télégramme suivant :

« Korsakow, professeur de psychiatrie, Université de Moscou,

« Le bureau et les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes français, au moment de se séparer, remercient les aliénistes de Moscou de leurs vœux sincères et leur expriment leur profonde sympathie.

« Joffroy, Ballet, Garnier, Brissaud, Ritti, Parant, Régis, Roubinowitch, Sabrazès, etc. »

Pathologie

FOLIE BLENNORRHAGIQUE ET PYOPHRÉNIES

Par le professeur Silvio VENTURI

Directeur du manicomio de Girifalco.

M. le D^r A. Cullerre a bien voulu consacrer dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de septembre-octobre 1894) une Revue critique à mon travail publié dans la *Riforma medica* (n^{os} 95-96) sous le titre : *Follia blennorrhagica*. Mon savant confrère est lui-même l'auteur d'un mémoire sur le même sujet, publié peu de jours après le mien dans la *Vendée médicale* et qui est intitulé : « Note sur la folie infectieuse d'origine blennorrhagique ». L'étendue de ses connaissances cliniques l'autorisait plus que personne à faire la critique de mon travail ; et je ne puis que manifester la plus profonde satisfaction de voir l'opinion soutenue par moi, d'une folie blennorrhagique, acceptée, dans ses lignes fondamentales du moins, par l'autorité de M. Cullerre. Mais, si je prends en sérieuse considération, comme on le verra par la suite, les sages observations critiques de mon confrère, j'émetts le vœu que cette étude sur la folie blennorrhagique, que nous avons tous deux commencée, soit continuée par de nouvelles observations cliniques avec contrôle anatomo-pathologique et aussi, espérons-

le, bactériologique, et que ces recherches aient des conséquences heureuses sur la thérapeutique.

La présente publication a un double but, d'abord de répondre brièvement aux critiques de M. Cullerre sur mon premier travail, puis d'apporter de nouveaux faits cliniques à l'appui de mes idées sur la folie blennorrhagique, et de leur donner ainsi une plus grande extension.

M. Cullerre m'objecte que la statistique de mes observations perd de sa valeur parce qu'il y a de nombreux cas d'hébéphrénie où l'on ne constate pas la blennorrhagie, et qu'il n'a lui-même jamais rencontré d'aliéné pubère avec la chandepisse.

Je prends la liberté de répondre que si l'hébéphrénie est parfois causée par la blennorrhagie, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle le doive être toujours, parce qu'elle peut avoir d'autres causes. Ainsi, par exemple, la paralysie générale, qui est sans doute causée parfois par la syphilis, n'est pas nécessairement toujours produite par la syphilis, mais peut l'être par d'autres causes qui sont bien connues. Il en est de même de toutes les formes de folie; on leur attribue, souvent ou rarement, telle ou telle causalité sans qu'elles dépendent nécessairement et toujours de la même cause. Si M. Cullerre dit qu'il n'a pas constaté d'écoulement blennorrhagique chez les aliénés pubères, cela ne veut pas dire qu'il n'en a pas observé dans un âge dépassant la puberté, c'est-à-dire chez les hébéphréniques, dont il ne faut pas confondre la folie avec celle de la puberté. Je trouve d'ailleurs tout naturel qu'à ce dernier âge on ne soit pas encore entré dans la carrière des maladies vénériennes.

Les hébéphréniques sont justement les aliénés de l'âge juvénile, qui suit celui de la puberté: et si l'on envisage les conditions générales qui les prédisposent à

la folie, j'estime qu'il n'y a pas lieu de faire entrer dans la catégorie de ces malades ceux qui présentent une tare héréditaire directe, une névrose, des traumatismes ; non plus ceux qui deviennent aliénés sous l'influence d'une infection générale, telle que le typhus, la fièvre scarlatine, etc. Dans une de mes précédentes publications (*Le degenerazioni psicho sessuali*. Torino, Bocca, 1892), j'ai considéré l'hébéphrénie comme une affection consécutive à l'épuisement ou à la fatigue mentale chez les jeunes gens, soit qu'ils aient hérité un faible patrimoine d'énergie psychique, soit qu'ils aient abusé de celui-ci à l'âge où l'on commence la lutte pour la vie ; ils se trouvent ainsi avoir épuisé l'énergie naturelle, ou l'avoir tellement diminuée qu'ils sont contraints à une sorte de suspension temporaire de toute activité. Chez les hébéphréniques destinés à la guérison, la période de folie pourrait presque être comparée à un état de sommeil de la vie mentale, suivi de réveil et de la reprise des capacités antérieures, tandis que chez ceux qui aboutissent à la démence, celle-ci devrait être considérée comme une sénilité précoce de l'esprit. J'expliquais à cette époque, par la fatigue ou par la sénilité de l'esprit, ces hébéphrénies transitoires ou permanentes ; aujourd'hui, je serais disposé à croire que ces suspensions de l'énergie psychique et cette démence précoce peuvent être l'effet d'auto-intoxications provoquées par les détritiques du travail cérébral, par le *surmenage mental* que, nous autres Italiens, nous appelons *strapazzo mental*, lequel engendre la fatigue cérébrale et, par suite peut-être, l'auto-empoisonnement, d'où, peut-être aussi, une condition de moindre nutrition du cerveau en comparaison du travail excessif de consommation matérielle.

Cela dit, je n'entendais pas exclure la prédisposition héréditaire comme pouvant déterminer plus facilement

la fatigue mentale ; mais je ne faisais pas d'elle la cause immédiate de la folie. Aujourd'hui, par suite de la fréquence, qu'il m'a été donné de constater, de la blennorrhagie chez les hétérophréniques, je modifie mon opinion première en disant que certaines folies de la jeunesse, qui ne sont en rapport ni avec des névroses, des traumatismes, des infections ou intoxications ordinaires, ni avec une très grave influence héréditaire, sont souvent déterminées par l'infection blennorrhagique, à laquelle se joint d'ailleurs une plus ou moins légère disposition héréditaire.

Les faits nouveaux que je relaterai plus loin m'autorisent à accepter cette modification, justement proposée par M. Cullerre.

Il reste bien entendu pourtant que, selon moi, les hétérophrénies ne sont pas les folies de la puberté, mais bien celles de la jeunesse, c'est-à-dire celles se développant de dix-sept à vingt-trois ans, chez des étudiants, de jeunes soldats, des jeunes filles à marier, etc. Tout en accordant pour la production de ces folies une large part à l'inconnu, et en faisant même abstraction de la blennorrhagie, il faut les considérer, ainsi que je l'ai fait ci-dessus, comme une sorte de sénilité précoce, ou comme une période transitoire de fatigue mentale survenue aux premières épreuves de la vie, aux premiers risques de la lutte pour l'existence, et, le plus souvent, par suite de chagrins d'amour ; toutefois les intérêts lésés ou la fatigue morale jouent un plus grand rôle que les amours trahies ou trompées.

Si M. Cullerre voulait bien admettre ma manière de voir, il accepterait qu'il peut exister dans la période de la jeunesse, de l'âge de dix-sept à vingt-trois ans, des folies qui ne sont pas dues à l'effet direct de l'hérédité et de la dégénérescence.

Dans mon travail susmentionné sur la folie blennor-

rhagique j'ai avancé que la condition anatomo-pathologique du trouble mental pouvait être, avec toute probabilité, un écoulement séreux sous-arachnoïdien ; par analogie avec ce qui se passe dans la blennorrhagie, lorsqu'elle atteint les articulations, le péricarde, l'endocarde, la plèvre, le péritoine, et même la méninge des nerfs.

J'ai regretté moi-même que l'occasion ne m'ait pas encore été donnée de vérifier sur le cadavre cette induction à laquelle les considérations cliniques me conduisaient légitimement.

Toutefois, j'insiste sur ce point, non seulement que la clinique a bien ses droits dans l'appréciation des conditions anatomo-pathologiques des maladies, mais que, le virus blennorrhagique ayant l'habitude d'attaquer d'autres parties de l'organisme et uniquement celles qui sont le siège de membranes séreuses, l'analogie légitime le diagnostic présumé, jusqu'à ce que des faits contraires viennent le démentir.

M. Cullerre trouve que l'hypothèse d'un épanchement séreux sous-arachnoïdien ne doit être acceptée qu'avec réserve ; car, selon ses paroles, la moindre des conséquences d'un tel fait, aussi minime qu'on veuille le supposer, serait une déchéance irrémédiable de l'organe cérébral et la démence. Je me permettrai de faire remarquer l'exagération à laquelle notre savant confrère s'est laissé aller. Mieux que moi, il sait combien de fois des épanchements sous-méningés ont guéri, laissant l'organe et les fonctions absolument sains. Il n'est aucun auteur, ayant traité de cette question, qui nie la possibilité de guérisons plus ou moins fréquentes de méningites infectieuses aiguës avec épanchement séreux.

Ce que je puis concéder et que je concède volontiers à M. Cullerre, c'est que ce ne sont pas tous les épanchements séreux sous-arachnoïdiens qui guérissent facile-

ment ou se résorbent, laissant intactes la substance et la fonction du cerveau. J'admets bien volontiers que cette conclusion est justifiée par les faits, tels le cas de l'épileptique publié par moi, celui du D^r Cullerre, d'autres encore que je citerai plus loin, qui n'ont pas guéri et qui, pour cela, font paraître moins couleur de rose le pronostic que j'ai d'abord cru poser en termes trop généraux dans les cas de folie blennorrhagique.

Aujourd'hui, avec la tendance qu'on a de voir partout des infections directes ou des intoxications, on peut aussi admettre l'hypothèse qu'il s'agit d'une intoxication cérébrale causée par l'infection blennorrhagique localisée d'abord au siège d'origine. Cette hypothèse serait, à la vérité, favorisée par cette considération, que la guérison de la folie arrive souvent de pair avec la guérison de l'infection locale. Mais d'autre part, il est bien juste que l'on donne du poids aussi à la suppuration d'une infection blennorrhagique qui s'est transportée directement dans les méninges, y agissant comme un processus inflammatoire ordinaire, du moment qu'il en est de même pour les autres séreuses qui, par suite de l'infection, sont atteintes de véritables lésions matérielles inflammatoires.

Nous allons même voir comment, par suite peut-être des atteintes portées au cerveau sous-jacent aux méninges altérées, la folie qui dérive de l'infection blennorrhagique, peut prendre parfois le caractère de la pseudo-paralysie générale, et même, comme on le verra plus loin, de la véritable démence paralytique.

Plus loin aussi, on verra que je tiendrai compte de l'action spécifique — pas toujours certaine — du gonocoque de Neisser dans la production de l'écoulement blennorrhagique et, par suite, de la folie de ce nom, et cependant les syphiligraphes ont signalé un grand nombre de blennorrhagies contagieuses sans aucune

trace de ce gonocoque. Devançant ce que je dirai dans la suite, je tiens à rappeler à M. Cullerre que, dans mon travail plusieurs fois mentionné, j'ai émis l'opinion que d'autres écoulements purulents, non vénériens, sont capables d'engendrer des formes de folie, telles sont, par exemple, la folie pnerpérale, celle due à l'écoulement purulent des fosses nasales, des brouches, des intestins, etc.

Après avoir, en réponse aux critiques de M. Cullerre, donné ces éclaircissements que notre savant confrère vandra bien accueillir avec bienveillance, je passe à la seconde partie de ce travail, ayant pour objet de rapporter de nouveaux cas qui viennent à l'appui de mon idée sur l'existence d'une folie blennorrhagique et qui, du reste, m'ont fait accepter une grande partie des aperçus proposés par M. Cullerre.

Depuis le mois d'avril 1894 où je publiai mon étude sur la folie blennorrhagique, mon attention a été vivement portée sur les faits nouveaux, qui ont pu se présenter à mon observation, de folie dans ses rapports avec la blennorrhagie ; et, quoique ma clientèle soit peu étendue, j'ai été cependant assez heureux pour rencontrer un nombre assez considérable de cas nouveaux, qui viennent à l'appui de l'idée que je me suis faite récemment, surtout après les critiques de M. Cullerre, sur les rapports pathogéniques existant entre la folie et les écoulements purulents des voies génito-urinaires. Je grouperai ces faits en trois catégories :

1° Nouveaux cas de folie due à l'écoulement blennorrhagique ;

2° Cas de folie due à un écoulement vaginal purulent, non blennorrhagique ;

3° Cas de folie due à un écoulement vaginal purulent, de nature ignorée.

Je les rapporterai succinctement dans l'ordre indiqué

ci-dessus et indiquerai brièvement les remarques qu'ils me suggéreront. Pour être court, je ne rapporterai pas une nouvelle observation de folie blennorrhagique chez un jeune homme de vingt-deux ans. Les dix-sept cas publiés par moi me semblent suffire.

OBSERVATION I. — C... (François), de Catanzaro, garçon d'hôtel, âgé de trente-huit ans. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Un de ses cousins, du côté maternel, est mort à l'asile des aliénés.

C... est un homme actif, intelligent, tranquille. Sa femme raconte qu'il y a cinq ans, il eut une échaudépisse, qui guérit au bout de cinq mois. Pendant cette maladie, il se plaignit de confusion et de tintamarre dans la tête, qui l'obligèrent à abandonner tout travail. Ce trouble augmenta encore, même après la guérison apparente de la échaudépisse, et dura un an encore; puis, amélioration des désordres nerveux et reprise du travail. Mais il y a trois ans, l'écoulement se reproduisit soit spontanément, soit par une nouvelle infection. Peu de jours après, C... donna des signes de folie, qui ne se dissipèrent plus, et il y a un mois il fut amené à l'asile où il se trouve encore.

Ce qui est intéressant, c'est que la femme même du malade nous raconte, sans préjugé aucun, la maladie de son mari et insista pour bien mettre en évidence le rapport existant entre la échaudépisse et les troubles nerveux de la première fois, comme de la folie de la seconde. J'ai vu, à mon grand étonnement, ce fait se reproduire pour un autre malade dont je raconterai l'histoire ci-après.

C..., depuis son entrée à l'asile, présente les mêmes troubles mentaux. Tranquille, ne sachant pas trop où il se trouve, il demande sa sortie, mais sans pouvoir dire ce qu'il ferait ensuite. Il s'exprime avec un léger embarras de parole (mot traînant); il a quelques rares idées de grandeur, il manifeste un sentiment de bien-être et de satisfaction.

Il présente du tremblement de la langue, des lèvres et des mains; il oscille quelque peu en marchant, surtout lorsqu'il tourne sur lui-même; les réflexes patellaires sont vivaces, les érémasériques amortis. La force du dynamomètre est faible dans les deux mains; la sensibilité tactile est partout affaiblie, davantage à gauche. La pupille gauche est plus dilatée et

peu sensible à la lumière. C'est, en un mot, tout l'ensemble symptomatique, non encore très avancé, mais bien déterminé, de la démence paralytique. Le fait que la maladie date déjà de trois ans et a présenté une marche progressive, donne le droit de poser un pronostic fâcheux.

Ce malade n'étant ni alcoolique, ni syphilitique et n'ayant pas présenté d'autres causes pouvant déterminer la folie dont il est atteint, il faut bien se rendre à l'évidence et accepter la supposition de sa femme, c'est-à-dire que la maladie mentale est bien en rapport avec l'infection blennorrhagique.

OBSERVATION II. — Sc... (Anne), âgée de cinquante ans, mariée, avec neuf enfants, paysanne de Policastro, province de Catanzaro. A l'âge de vingt-deux ans, elle fut atteinte d'un accès de folie dont elle guérit en sept mois. Sa mère et un de ses frères ont été aliénés; une sœur est encore à l'asile.

Sc... est une excellente ménagère, mais irritable et portée à se plaindre. Menstruation toujours régulière. Se maria à vingt-quatre ans. Toujours bien portante jusque il y a trois mois où son mari lui donna la chaudepisse, dont elle guérit au bout de quelques semaines à l'aide de lavages antiseptiques.

Le mari qui l'amena à l'asile, le 10 courant (avril 1894), eut soin, après avoir raconté les symptômes de la folie de sa femme, d'appeler le médecin à l'écart pour lui faire part de son opinion sur la cause de la maladie qu'il attribuait à la chaudepisse communiquée par lui, puisque, peu de jours après sa manifestation, la folie éclata. Toutefois il faut noter, d'après le récit du mari, que la femme Sc..., dès qu'elle se fut aperçu qu'elle avait la chaudepisse, se mit à pleurer, à se déchirer la figure, à se frapper la tête contre les murs, à se considérer comme perdue, appelant à son aide tous les saints du paradis. On ne doit pas oublier non plus qu'elle se trouve à l'époque du *climaterium* et que sa menstruation, très irrégulière, ne se produit que tous les deux ou trois mois.

Entrée à l'asile dans un état d'agitation, Sc... est devenue plus tranquille, elle dort assez bien, répond quelques mots et manifeste une conscience crépusculaire de son état. Elle travaille quelque peu. Elle continue cependant à se plaindre, à dire qu'elle est perdue sans faire mention de l'écoulement qu'elle a

attrapé; elle invoque les saints et se tient constamment la tête. Pas de signes de paralysie; mais léger état de mélancolie anxieuse sans hallucinations. Aucune trace d'écoulement vaginal.

Bien que, chez cette malade, il faille tenir compte de la grande prédisposition héréditaire, de l'époque climatérique, de la honte, enfin, d'avoir attrapé une mauvaise maladie, il faut cependant admettre que la coïncidence de cette dernière avec la folie a été tellement frappante qu'elle n'a pas échappé au mari ignorant, et qu'on peut à bon droit conclure que la blennorrhagie a déterminé l'explosion de la maladie mentale, bien que cette dernière fût favorisée par d'autres conditions, soit héréditaires, soit physiologiques, ou même morales.

OBSERVATION III. — R... (Pierre), âgé de quarante-trois ans, paysan de Cortale. Grand-père aliéné; père alcoolique. A présent, il y a deux ans, un accès de délire alcoolique, dont il guérit après quelques semaines de séquestration et de traitement. Après sa sortie de l'asile, il continua de faire son métier de muletier et aussi de boire sans présenter toutefois de nouveaux signes de désordre mental.

Il y a trois ans, pendant un voyage, il fut pris d'un écoulement urétral vénérien. De retour chez lui, peu de jours après, il donna des signes de désordre mental, errant par le village, bavard, menaçant, insomne.

Ramené à l'asile, son excitation dura encore pendant quelques jours, puis il redevint tranquille, lucide; son écoulement urétral fut guéri, grâce à des injections d'acide borique. Après quarante jours d'internement, il continue d'être sain d'esprit.

Les trois faits précédents me font faire les remarques suivantes :

1° Ces malades n'appartiennent plus à la catégorie des hétérophréniques, parmi lesquels se recrutent les dix-sept observations dont je parle dans ma première publication. C'est pour cela qu'il m'est permis de dire, à cette heure, que quoique la blennorrhagie soit plus

fréquemment en rapport avec la folie hétérophrénique, elle est capable aussi de provoquer des troubles mentaux chez des sujets adultes.

2° La forme de folie observée a été, dans un cas, une véritable démence paralytique et, dans les deux autres cas, une manie et une lypémanie; cette dernière, par ses manifestations bruyantes, pouvait être confondue avec les états d'excitation maniaque.

3° La blennorrhagie qui, dans la première observation, a seule provoqué une folie si sérieuse, a, dans les deux autres, servi peut-être seulement de cause occasionnelle au développement de la maladie mentale préparée, du reste, déjà par l'hérédité ou par la dégénérescence.

Ces déductions — je dois le déclarer — viennent en grande partie à l'appui des aperçus de M. Cullerre et sont à peu de chose près en accord avec les observations qu'il a publiées.

Pour ma part, je crois utile de faire ressortir que si la blennorrhagie ne produit pas seulement la folie dans la jeunesse, mais aussi à l'âge adulte, son aptitude à faire naître des désordres de l'esprit n'en est que plus démontrée. Il n'est donc pas douteux qu'une observation plus suivie fera connaître de nouveaux rapports de la blennorrhagie et des troubles nerveux, permettant de mettre dans un jour meilleur tous les faits publiés jusqu'à présent par M. Cullerre et par moi. En attendant, le fait qu'une véritable démence paralytique a eu pour cause l'infection blennorrhagique est un pas de plus dans la conquête de cette idée qui semble gagner du terrain, que la paralysie générale n'est qu'une maladie d'origine infectieuse.

Voyons maintenant la seconde catégorie d'observations, celle où la folie est due à un écoulement vaginal purulent non blennorrhagique.

J'insiste sur l'hypothèse que j'ai déjà formulée, que la plupart des folies qui naissent non seulement après l'accouchement, mais aussi pendant l'allaitement, sont dues à une infection causée par l'écoulement purulent depuis longtemps commencé et continuant par les voies génitales. La raison qui légitime mon hypothèse, c'est le fait thérapeutique : depuis que je fais de telles observations, j'ai toujours vu guérir les susdites folies en même temps que guérissaient les écoulements purulents grâce aux soins antiseptiques locaux.

Les syphiligraphes modernes (1), bien qu'ils discutent encore sur la nature spécifique du gonocoque de Neisser, sont toutefois d'accord pour affirmer que l'urètre peut présenter trois espèces d'écoulements : deux purulents et contagieux, l'autre séreux et non contagieux. Des deux premiers, l'un contient le gonocoque de Neisser qui, lorsqu'il existe, est la preuve d'un écoulement de nature vénérienne ; l'autre n'a pas le gonocoque, mais contient d'autres coques de la suppuration et est aussi contagieux que le précédent. Etant donnée cette double nature des écoulements urétraux d'être à la fois purulents et contagieux, il resterait, au point de vue qui nous occupe, à savoir si, de même que pour celui dû au gonocoque (gonocoxite), on a aussi pour l'écoulement dû à d'autres coques des localisations du processus infectieux éloignées du siège primitif d'infection. En d'autres termes, si de la blennorrhagie ordinaire il peut résulter des arthrites, péricardites, endocardites, névrites, méningites par migration de l'élément infectieux spécifique, y a-t-il quelque fondement à accepter que cela peut arriver aussi par suite de la migration de l'élément infectieux des écoulements purulents non gonocoxiques ?

(1) Tommasoli. *Infer. blennorrhagica à trattato U. di clinica medica*, n° 84-86, Vallardi, Napoli.

La clinique répond affirmativement, car elle est bien connue, la migration des coques en général et, en particulier, des staphylocoques pyogènes et des streptocoques, d'où naissent les abcès métastatiques à la suite des suppurations des différentes parties du corps, les collections purulentes péritonéales et périmétritiques post-puerpérales, les abcès hépatiques pulmonaires, les méningites consécutives aux pneumonies, etc.

Si donc, l'observation clinique fournit à d'autres, comme à moi, la preuve de l'existence d'une folie consécutive à des écoulements vaginanx purulents et contagieux, bien que n'étant pas liés au gonocoque de Neisser, ce sera le cas d'accepter dorénavant l'existence, non seulement de la folie blennorrhagique, mais d'une classe de folies, que l'on pourrait appeler *pyophrénies*, dont la folie blennorrhagique serait une espèce, en rapport direct avec un élément infectieux spécifique; les folies puerpérales, celles qui sont dues à des écoulements purulents des intestins, des bronches, des poumons, du nez, etc., constitueraient autant d'espèces différentes, en rapport avec d'autres coques pathogènes.

Voici maintenant les faits; je les choisis parmi les plus récents et les plus démonstratifs afin de servir de preuves à l'appui de ce que je viens d'avancer.

OBSERVATION IV. — N... N..., vingt ans, de bonne famille, sans prédispositions héréditaires. N'a pas eu de maladies vénériennes; accoucha autrefois heureusement; sa dernière grossesse fut heureuse, ainsi que l'accouchement; mais une semaine après, elle tomba en deux ou trois jours dans un désordre mental caractérisé par de l'agitation émotive, de l'insomnie, des hallucinations de l'ouïe, une naissance spontanée d'idées délirantes, de l'altération du sentiment de la personnalité, des soupçons étranges et labiles sur les personnes qui la soignaient. En même temps, elle présentait de la fièvre rémittente, des frissons et un écoulement vaginal nettement purulent et d'une odeur infecte. Dans le village régnait l'infection puerpérale

pour le traitement de laquelle on n'employait chez aucune malade les moyens locaux antiseptiques. Le médecin, se doutant de la coïncidence entre l'infection puerpérale et le délire, pratiqua chez notre malade un traitement local énergique qui eut pour résultat de faire cesser, dans l'espace d'une semaine, et par degrés, la fièvre, l'écoulement, puis le désordre mental qui, depuis lors, ne se reproduisit plus.

OBSERVATION V. — C... M..., d'Amaroni, vingt et un ans, mariée depuis un an. Père buveur. Eut une grossesse et un accouchement heureux. Celui-ci fut suivi, après quinze jours, d'une infection puerpérale caractérisée par de la fièvre légère, un écoulement purulent abondant par les voies génitales, du désordre mental se manifestant par de l'inertie, de la confusion mentale, de l'anxiété, de la tendance au suicide, des idées de persécution, de la taciturnité, du refus de nourriture, de l'insomnie.

Elle refusa d'appliquer le traitement antiseptique local; la fièvre cessa spontanément, mais l'écoulement purulent persista avec la même intensité pendant deux mois environ, en même temps que le désordre mental. Enfin, on finit par la persuader de se laisser soigner localement par des lavages antiseptiques; en quelques jours on vit le désordre mental disparaître en même temps que cessait l'écoulement purulent. Aujourd'hui, après plus d'un mois, elle continue à se bien porter.

A ces deux cas, qui me semblent des preuves suffisantes à l'appui de l'idée de l'existence d'une pyophrénie non blennorrhagique, je laisse au lecteur le soin d'ajouter les nombreux faits de folie que les médecins rattachent à des écoulements purulents d'autres muqueuses. Je me bornerai à rappeler un certain nombre d'observations que j'ai publiées antrefois (1), concernant des écoulements du nez et des affections de l'oreille moyenne et que je m'explique aujourd'hui de la manière sus-mentionnée.

En appendice aux observations précédentes, je crois

(1) *Il tabuco de naso nei sani, nei pazzi e nei deliquanti*. Nocera, 1885. *Giornale il manicomio*.

utile de relater les deux suivantes que je n'ai classées ni dans la première, ni dans la seconde catégorie, car je doute qu'elles appartiennent à l'une plutôt qu'à l'autre, puisqu'il n'est pas prouvé que l'écoulement vaginal fût de nature vénérienne ou simplement purulente. Et de fait, une blennorrhagie peut paraître guérie depuis longtemps et rester limitée, chez la femme surtout, aux parties postérieures du vagin, pour se reproduire spontanément par une cause occasionnelle.

Il va sans dire que dans les cas observés à l'asile d'aliénés, l'examen microscopique vient toujours en aide à l'investigation clinique et anamnestique.

Dans tous les cas, tout ce que je viens de dire corrobore l'idée de l'existence clinique de pyophrénies.

OBSERVATION VI. — N... (Angèle), vingt et un ans, mariée, femme de ménage; pas de disposition héréditaire. Elle est bonne et intelligente. Menstruée régulièrement; se maria, il y a quatre ans. Le mari eut deux blennorrhagies avant son mariage, et une troisième, il y a deux ans. Il affirme qu'il eut soin de ne pas communiquer la maladie à sa femme. Celle-ci cependant, maintenant qu'elle est guérie de sa folie, raconte qu'elle eut des rapports avec son mari, lorsqu'il présentait les premiers signes de l'écoulement, mais qu'elle n'a pas été infectée. Elle accoucha dans les premiers jours d'octobre de l'année courante (1894), après une grossesse heureuse. L'accouchement fut laborieux; il fallut avoir recours au forceps. Trois ou quatre jours après, elle commença à donner des signes de folie en déchirant ses habits, en parlant toute seule, exprimant des idées de grandeur; insomnie; menaces contre les personnes de son entourage.

Après quinze jours de cette maladie qui allait toujours en s'aggravant, on amena N... à l'asile. Ici on constata les symptômes suivants: loquacité, agitation, idées de grandeur exagérées, mêlées à un sentiment de satisfaction: elle distribue des millions à tout le monde, dit qu'elle est très bien, n'a aucune conscience de l'endroit où elle est enfermée. Langage obscène, raconte les conquêtes qu'elle a faites, les attentats à la pudeur dont elle a été l'objet. Tout cela sans réticence, sans aucun sentiment de pudeur.

Léger tremblement de la langue; réflexes patellaires très vifs; diminution de la sensibilité tactile à gauche; pupilles normales; démarche régulière. En somme, état maniaque avec signes douteux de paralysie générale. Aux parties génitales, on constata un abondant écoulement de matière purulente et sanguinolente, existant depuis les premiers jours de l'accouchement, et, en outre, au col de la matrice, des déchirures encore saignantes. Un traitement local antiseptique fut immédiatement appliqué, et, une semaine après, on vit l'écoulement purulent guérir et les lésions du col de la matrice se cicatriser. En même temps, le désordre mental disparut. Aujourd'hui, un mois après son entrée, la malade présente une physionomie expressive et reconnaissante; elle se souvient des idées de grandeur et des obscénités qu'elle exprimait et se trouve tout heureuse d'être guérie si bien et si vite. Elle est redevenue active et se montre pleine de sollicitude pour son mari et sa famille.

Ce fait a beaucoup d'analogie, en ce qui concerne la forme de la folie, avec celui rapporté par M. Cullerre: il s'agirait d'une manie aiguë pseudo-paralytique. L'existence d'une telle forme gagne en importance, lorsqu'on la compare au cas de véritable démence paralytique consécutive à un écoulement blennorrhagique qui fait l'objet de l'observation I de ce mémoire.

OBSERVATION VII. — J... (Séraphine), trente-six ans, paysanne, sans prédisposition héréditaire; toujours bien portante. Femme intelligente, tranquille, d'habitudes religieuses. Accoucha cinq fois, toujours régulièrement.

Son mari, en revenant d'Amérique il y a six ans, eut une chaudepisse qui guérit rapidement. A cette époque, sa femme eut des pertes blanches qui lui occasionnaient de cuisantes douleurs. Elle eut, malgré cela, depuis cette époque, quatre accouchements heureux, sans accident consécutif d'aucune espèce. A la suite de sa dernière grossesse où elle donna naissance, il y a cinq mois, à un enfant sain et encore vivant, T... se trouva souffrante; elle eut plusieurs pertes de matière blanche et des douleurs utérines accompagnées de douleurs de tête et de fatigue générale. Deux mois après (il y a trois mois), pendant qu'elle allaitait, elle eut un anthrax au cou; son lait s'arrêta, et il se déclara un trouble mental avec accompa-

ment de délire de jalousie, agitation, hurlements, sitiophobie, insomnie. L'agitation devint tellement violente qu'on dut amener la malade à l'asile. Dès son entrée, on constata que l'anthrax du cou s'était étendu au point qu'il atteignait le milieu du sternum et qu'il donnait naissance à un vrai fleuve de matière purulente. Chez elle, par suite de son agitation, elle n'avait jamais pu être soignée. En même temps sortait du vagin un copieux écoulement purulent; diarrhée. Lavages antiseptiques de l'anthrax et du vagin. La malade continue à présenter une agitation intense, mord les draps du lit, ne répond pas, arrache les pansements, remue la tête et refuse toute nourriture, présente des contractures des muscles des membres. Après un mois de traitement, elle n'était encore guérie ni de son anthrax ni de l'écoulement, par suite des difficultés qu'elle opposait aux traitements locaux. L'état général devenant plus grave, ses parents voulurent la retirer afin qu'elle pût mourir dans sa famille. Elle mourut durant le voyage de retour qu'elle entreprit dans un état de fièvre et d'agitation inconsciente.

Cette observation, si elle est une nouvelle preuve de l'existence d'une folie produite par l'infection purulente, permet de conjecturer que le foyer d'infection peut exister non seulement dans les voies génitales, mais aussi au cou. Aussi, étant données la violence particulière de la maladie et la fin mortelle, fait-elle naître le soupçon qu'elle a pu être produite par un processus méningitique de nature purulente, plutôt que par un épanchement séreux ou par une irritation toxique du cerveau, comme dans les cas plus bénins. C'est un vrai malheur que justement ce cas, qui aurait pu être étudié sur le cadavre, ait échappé à notre observation nécroscopique, alors qu'il aurait été si nécessaire de pouvoir la suivre jusqu'au bout.

Voilà tout ce que la clinique peut dire, à mon avis, sur l'existence d'une classe de folies qu'on peut appeler *pyophrénies* et dont la folie blennorrhagique serait une espèce. Nous verrons si l'anatomie pathologique et la bactériologie confirmeront les aperçus de la clinique, qui,

abstraction faite d'erreurs possibles, a bien aussi ses droits.

Nous n'avons pas avancé une nouveauté en disant que les folies puerpérales doivent être classées parmi les folies d'origine infectieuse ou toxique. Déjà l'hypothèse de la nature infectieuse de la folie puerpérale et même d'autres formes de folies, a été illustrée par des recherches cliniques, anatomiques et bactériologiques, auxquelles ont principalement attaché leurs noms, Régis, Chevalier-Lavaure, Herter, Korsakoff, Tuke, Chaslin Lloy e Tull, Marie, Rasori, Ball, Hunt, Bianchi, etc., etc.

Tout ce que nous venons de dire permet de déterminer l'existence d'une forme mentale clinique en rapport avec le siège visible de l'infection purulente; cela est vrai, des pyophrénies en général et en particulier de la folie blennorrhagique décrite par moi, puis par M. Cullerre. En outre, et c'est ce qui intéresse le plus, des recherches faites jusqu'ici, des observations déjà publiées, on peut se faire une idée différemment exacte des pyophrénies en général et de la folie blennorrhagique en particulier.

Quoi qu'il puisse arriver dans l'avenir de l'interprétation des faits au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, on ne manquera jamais d'apprécier, dans ces cas, les progrès faits par l'hygiène et la thérapeutique qui nous ont fourni les moyens antiseptiques locaux et l'usage intérieur des balsamiques.

CONTRIBUTION
A LA
PSYCHOLOGIE DU VAGABONDAGE

UN VAGABOND QUI SE RANGE

Par le Dr A. CULLERRE

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

L'étude du vagabondage est d'un grand intérêt pour la neurologie et la psychologie morbide, ainsi que l'ont montré quelques auteurs parmi lesquels il faut citer Charcot et M. Benedikt. D'après le premier, l'hystéro-neurasthénie serait chose fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu qui fréquentent tour à tour les prisons, les asiles de nuit, et les dépôts de mendicité (1). Le second a soutenu, et son opinion n'a pas été contestée, que les vagabonds professionnels étaient en majeure partie des neurasthéniques et des dégénérés psychiques (2), des individus sans énergie, sans volonté, incapables de tout effort suivi, soumis à des mouvements périodiques d'exaltation et de dépression : les uns donés de mauvais instincts et versant dans le crime, les autres foncièrement honnêtes quoique misérables ; quelques-uns esprits légers, non sans poésie, grands liseurs, rêveurs, mystiques, à qui il n'a peut-être manqué qu'une instruction suffisante et des moyens d'existence assurés

(1) Charcot. *Leçons du Mardi*, t. II, p. 285.

(2) Congrès d'Anvers, 1885.

pour faire dans le monde figure d'originaux et même d'hommes célèbres, en prenant cette épithète dans son sens le plus général.

Notre société moderne où tout est tracé d'avance, où les aptitudes ne peuvent se mouvoir que dans des cadres limités, où toute activité doit suivre une filière sous peine de rester stérile ou de devenir nuisible, n'a plus guère de place pour ceux de ces inquiets qui appartiennent à la variété psychopathique. Ils n'ont à leur disposition que les aventures d'outre-mer, les expéditions en pays sauvage, les mines de l'Australie et de l'Afrique australe ou le vagabondage à l'intérieur, l'anarchisme et les associations de malfaiteurs.

Pourtant il y a encore, même au sein des pays les plus civilisés, de ces coins perdus où, dans un cercle humble et borné, les mœurs n'ont point encore opposé d'obstacle infranchissable à l'initiative de ceux de ces esprits fantaisistes qu'attire l'inconnaissable et que le mystérieux enivre.

Le fait que je vais rapporter et que j'ai été appelé à recueillir comme expert en est un curieux exemple.

En 1892, le parquet était informé qu'un repris de justice du nom d'André R..., étranger au pays, installé depuis quelques mois dans un des villages les plus reculés du Bocage vendéen, y exerçait la médecine, se livrait à la divination et faisait de nombreuses dupes. Un certain nombre de charges ayant été réunies contre lui, on le poursuivit une première fois, et il fut condamné à quatre-vingts francs d'amende. Mais R..., sans tenir compte de cette condamnation, persista dans son rôle de guérisseur et de devin, et avec une telle hardiesse qu'au bout de deux ans des dénonciations répétées nécessitèrent contre lui une information nouvelle.

Cependant le juge chargé d'instruire son affaire, frappé de ses allures singulières, de son attitude de thauma-

turge et de ses propos d'illuminé, ne crut pas prudent de passer outre et me commit avec le Dr Blé, de La Roche-sur-You, pour étudier son état mental. Du rapport que j'ai rédigé après entente avec mon distingué confrère, j'extrais l'exposé clinique qui va suivre :

R..., âgé de trente ans, est un individu de taille moyenne, de fines grâces, maigre et d'aspect chétif. La tête est globuleuse; le front très bombé; comme s'il eût légèrement souffert d'hydrocéphalie avant la consolidation de la boîte crânienne. Les traits sont irréguliers, le côté gauche de la face paraissant plus allongé que le droit; la voûte palatine est très asymétrique, la partie gauche creusée plus profondément et plus étroite que celle du côté opposé. Les deux cornées sont le siège d'opacités, reste de kératites scrofuleuses; les pupilles sont inégales, la droite étant la plus dilatée; les dents sont presque toutes cariées; les oreilles sont détachées du crâne et rabattues en avant; dans la région sous-maxillaire gauche existent des cicatrices de glandes suppurées et on trouve encore dans la région cervicale des chapelets de petits ganglions. Pas d'infirmités apparentes; les organes génitaux sont normaux, les testicules seulement un peu petits. Particularité intéressante, R... qui, dès l'enfance, a eu l'ouïe dure, est devenu complètement sourd à l'âge de dix-neuf ans. Il faut littéralement crier dans son oreille gauche, pour parvenir à nous faire comprendre de lui.

Le dossier de R... nous a permis de relever diverses particularités qui ne sont pas sans intérêt au point de vue de ses dispositions mentales; nous y voyons que depuis 1885, *il a été condamné neuf fois pour vol, vagabondage et mendicité* par six tribunaux différents et qu'en 1892, le tribunal de La Roche-sur-You l'a déjà condamné une première fois pour exercice illégal de la médecine.

R... n'opère pas à la manière des empiriques vulgaires; il se pose en devin, en professeur de sciences occultes, disant le passé, le présent et l'avenir, prophétisant et rendant des oracles. Il est membre correspondant d'une société d'occultistes, le *Groupe indépendant des études ésotériques*, présidée par Papus, un nom bien connu. Sa dernière condamnation ne lui a pas conseillé la prudence; au contraire, car non seulement il a continué son métier de devin, mais encore il a fait un appel

ouvert au public par la distribution de prospectus (1) et n'a pas craint de rendre publiquement ses oracles, troublant l'ordre dans les foires et se désignant ainsi à l'autorité pour de nouvelles poursuites. Dans ses interrogatoires il ne cherche pas à altérer la vérité; il reconnaît au contraire les faits qui lui sont reprochés et indique même dans un langage singulièrement bizarre quels procédés de divination il a mis en pratique dans différents cas.

Au moment où nous arrivons au village où R... a élu domicile, on nous le montre se promenant devant sa maison. Nous approchons; sans mot dire, il nous remet un papier orné de signes cabalistiques sur lequel sont écrites au crayon les lignes suivantes :

		ORACLE				(1)		DEVIN			
1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	

« *Moi la sagesse universelle de toutes choses et maître de tout être. Je ne vous ai pas permis d'arrivée et de rentrer chez le nommé R... (André), avant deux heures vingt m. de l'après-midi, le 29 avril 1894. Réfléchissez à mon oracle il est la Justice divine, qui sait tout.* »

Il était quatre heures, et R... avait été prévenu de se tenir à notre disposition à partir de midi. Il nous ouvre sa demeure; en franchissant le seuil, nous apercevons, fixé sur la porte, un thermomètre à esprit de vin. Sa chambre est propre quoique d'aspect très pauvre. Au fond, près de la fenêtre, se trouve

(1) Voici un des plus courts échantillons de cette réclame curieuse dont l'orthographe est scrupuleusement respectée. C'est un prospectus imprimé par l'auteur sur papier jaune, en manière d'affiche de format in-8°, à peu près.

R... André.

DEVIN ET PROFESSEUR DE SCIENCES OCCULTES
membre correspondant du groupe indépendant
D'ÉTUDES ÉSOTÉRIQUES

R... ANDRÉ (devin)

donne des éclaircissements, des renseignements, et des indications pour faire recouvrir tout espèces d'objets perdus ou écartés tel que montre, bague, habits, linge, bestiaux, etc., découvre toutes les maladies caché causé par sortilège ou tout autres choses indique si l'on peu réussiren telles ou telle affaire, entrepris ou a entreprendre dit le passé, le présent, l'avenir
prix de la consultation d'un franc à dix francs.

une grande table de bois blanc, chargée de papiers, de cartes, d'instruments, parmi lesquels se trouve une petite presse à imprimer; au mur, des rayons bondés de livres, des chromos patriotiques, une carte couverte de signes et de formules cabalistiques; un aimant en fer à cheval et un cadre contenant un diplôme ainsi conçu : « Charte. Le Comité directeur confère à M. R... les pouvoirs nécessaires pour fonder à la R..., un poste régulier de correspondant du Groupe indépendant d'études ésotériques. Signé : Papus. » Sur une sorte de buffet en face la table, s'entassent des papiers, des instruments, un microscope, une lunette d'approche, une boîte d'électricité; dans un coin, un appareil à photographie.

Pendant les préliminaires de la conversation, nous jetons un coup d'œil sur les livres; nous remarquons entre autres, les titres suivants : *Traité de science occulte* (Papus). — *Histoire de la Magie* (Christian). — *Le tarot des Bohémiens* (Papus). — *Le fluide des Magnétiseurs* (Reichenbach). — *La Clef des grands mystères* (G. Lévy). — *Traité élémentaire de magie pratique* (Papus). — *Mesmer et le magnétisme animal* (Bersot). — *L'art de magnétiser* (La Fontaine). — *Jésus de Nazareth* (de Réglas); plus de nombreux livres de science positive, physique, chimie, philosophie, morale, etc.

Pendant cette sorte d'inventaire, R... semble jouir de notre surprise; nous lui posons quelques questions sur ses procédés de divination, et il nous offre immédiatement de les mettre à l'épreuve. Il prend sur sa table un cercle de carton représentant les signes du zodiaque, l'applique sur une grande feuille couverte de lignes et de chiffres et vaticine ainsi : « Il est cinq heures, nous sommes dans le signe du feu, nous sommes tous les trois menacés du feu; la nature est sacrée, ses lois sont inflexibles. » Il fait les cartes et résout avec une satisfaction évidente, les problèmes de divination que nous lui posons sans paraître le moins du monde douter de la justesse de ses réponses.

Il nous compte ainsi son histoire : « J'avais deux ans quand ma mère est morte. J'ai perdu mon père à sept ans et j'ai été confié aux Enfants assistés de Nantes. J'ai été élevé chez des paysans, comme berger ou domestique. J'ai fréquenté l'école jusqu'à douze ans, mais je n'y ai pas appris grand'chose; ce que je sais, je l'ai appris tout seul. J'étais un peu sourd dans mon enfance, et à dix-neuf ans je le suis devenu tout à fait, de sorte qu'à ma majorité, quand j'ai été livré à moi-même, j'ai été

très embarrassé pour gagner ma vie. Je n'entendais pas les ordres qu'on me donnait ; je ne pouvais pas conduire les chevaux ; on ne voulait de moi nulle part ; j'avais 400 francs à la Caisse d'épargne, je les ai dépensés. Puis j'ai écrit à des parents de ma mère à Tulle, qui n'ont pu s'occuper de moi, étant eux-mêmes très pauvres. J'en ai été réduit à *voyager* ; j'ai vagabondé par force ; voilà l'origine de mes condamnations.

« Mais dès ma petite enfance, j'avais une *intelligence de recherche*, la science m'attirait irrésistiblement, j'ai profité des loisirs que me faisaient les maisons d'arrêt pour lire beaucoup, principalement des livres de science et pour apprendre à écrire. Quand j'avais de l'argent, j'achetais des livres. Ne pouvant faire d'expériences, j'ai observé la nature, j'ai vu l'enchaînement des faits et j'ai été ainsi conduit à m'adonner aux sciences divinatoires. Je m'ennuyais à voyager et quand j'ai été suffisamment initié, j'ai songé à me fixer quelque part et à me faire une petite position. Je me suis d'abord installé à Saint-Martindes-Fontaines, mais je n'y ai pas réussi ; alors je suis venu à la R... ; j'ai vécu avec une économie absolue, et quand j'ai eu un peu d'argent, je me suis acheté des livres et des instruments pour faire profiter les gens de ma science. Demandez à qui vous voudrez, on ne vous dira que du bien de moi ; j'ai rendu service à presque tous les gens de ce pays. »

Ces préliminaires étaient nécessaires pour arriver à une connaissance intime du personnage. Nous allons aborder maintenant l'étude directe de son état mental. Mis sur le terrain des sciences occultes, R... ne s'arrête plus ; ses traits s'illuminent ; un sourire de satisfaction erre sur ses lèvres et il pécore abondamment dans un langage macaronique extrêmement diffus dont nous allons essayer de donner une idée dans les lignes suivantes écrites par l'inculpé lui-même ou sous sa dictée : « La science que je possède, il n'y a presque personne qui la connaisse ; il n'y a que moi. Cela n'a rien à voir avec la sorcellerie ; c'est de la science réellement naturelle que je fais... Les forces que je connais sont absolument invariables : c'est une science étonnante. Le sens réel de la science occulte, dit tout, c'est-à-dire que la science qu'on appelle occulte, c'est la connaissance générale du mouvement des cieux, une flamme répandue dans les cieux et qui anime absolument toutes choses créées ou à créer ; flamme qui tout en créant tout, en animant tout, voit et est intelligente, capable de diriger toutes choses. Elle voit tout, elle sait tout puisqu'elle le dit quand on l'inter-

prête au moyen de signes faits pour cela. Je ne me trompe jamais, on ne peut pas me discuter. J'ai tout étudié : il faut connaître un peu de toute science, car quand le mystère sacré se dévoile, un ignorant serait épouvanté. Il faut être *né* pour le comprendre ; c'est une admiration. »

— Pourriez-vous, lui demandons-nous, nous donner une idée de votre science ?

— « Cela m'est impossible à moins de me donner au moins cinq heures *d'auditoire* pour en comprendre seulement quelques mots. Pour me faire bien comprendre, il me faudrait me servir *de plans et de systèmes*, ce serait trop long. Ce sont des études réglées avec une harmonie étonnante. »

— Qu'est-ce que ce *mystère sacré* dont vous venez de parler ?

— « Voici : Je suis initié au fluide astral, je l'ai vu plusieurs fois ; c'est une flamme rose qui enveloppe tout. Il y a quatre ou cinq ans, un matin, j'étais à la maison d'arrêt de Fontenay ; c'est là que le mystère de toutes les sciences m'a été dévoilé ; j'étais plongé dans un demi-sommeil, isolé de toutes choses ; tout à coup je me suis vu enveloppé d'une flamme, j'étais soulevé de terre ; je n'étais plus sourd et pourtant je n'entendais rien, ce fut comme un voile qui se dissipa, je me trouvais transporté hors de la prison sur la place ; les gens, les maisons, les arbres se balançaient légers comme des plumes. L'esprit universel me disait : comprends mes harmonies et mes lois et tu ne seras plus un homme comme les autres, rien ne te sera caché. Il suffira de m'évoquer, mais tu ne m'entendras pas... »

Ici se placeraient des divagations inintelligibles sur le sens mystique des nombres, sur les religions, sur Dieu, etc. ; mais cela nous entraînerait trop loin.

Nous n'insisterons pas sur ces phénomènes d'extase, décrits précédemment par R... avec tant de précision, et qu'il semble avoir éprouvés souvent : « J'ai eu, dit-il, plusieurs visions très belles ; c'est comme un éblouissement qu'on a dans la tête, tout semble tourner ; on a peur et on est joyeux et content tout de même. Une espèce de sommeil vous prend ; quelle est cette force, cette flamme qui vous caresse, vous subjugué ? Dès qu'on parlerait, on serait foudroyé. On est fort ; on serait en face d'une armée qu'on l'arrêterait tout seul. Je passe des journées entières à étudier dans les livres, sans boire ni manger ; et c'est le soir que j'éprouve ces éblouissements. »

R... éprouve en outre des hallucinations de l'ouïe : « Je dors assez bien, dit-il, mais j'ai la tête fatiguée par le travail. Le matin j'entends souvent des paroles qui me disent : « Il arrive quelqu'un chez toi, » et une heure après cette personne est venue. Je ne peux pas affirmer que j'ai de réelles révélations, mais j'ai souvent entendu une voix haute me dire : « Lève-toi, il est l'heure. » A ce moment je ne suis plus sourd. »

Nous passerons maintenant à un autre ordre d'idées. R..., d'après ce qu'on a pu voir, est hanté d'idées orgueilleuses ; il nous faut chercher dans quelles limites s'exagère chez lui la personnalité. Voici, à ce propos, quelques phrases que nous avons recueillies au milieu de ses divagations mystiques : « Ah ! je suis une tête *épatante* ! je prophétise pour qui l'on voudra ; je connais tout et on ne peut me discuter. La montagne la plus grosse ne serait que poussière si j'étais commandé. Personne ne sait ce dont je serais capable si je dévoilais mes découvertes. J'ai écrit au Président de la République pour lui dire ce dont je suis capable. Ainsi je puis faire connaître là où un voyageur se trouve, même à quarante lieues de distance. J'ai raconté toute ma vie dans cette lettre au Président, soixante-dix pages d'écriture ; je m'ennuie, je voudrais qu'on fasse de moi quelque chose. L'isolement mène à la mort ; ma vie est un tourment ; je suis sans appui ; mes connaissances sont comme si elles étaient enterrées dans un sac au pied d'un arbre. On ne me connaît pas ; on pourrait aussi bien me prendre pour un malfaiteur que pour ce que je suis. »

R... est aussi poète ; la couleur mystique de son esprit eût permis de le deviner. Nous trouvons sur sa table un brouillon au crayon d'une pièce de vers qui débute ainsi :

Voyez Sadi-Carnot

Il est monté le plus haut

Et pardessus le peuple il montre son drapeau !

— « Ah ! dit-il en souriant, il ne me faudrait pas grand temps pour en faire un mille, de vers comme cela. Récemment, j'ai envoyé au Président de la République une vingtaine de vers patriotiques parfaitement bien faits. »

Enfin, il nous reste à chercher comment R... apprécie les poursuites dont il est l'objet.

Au mot d'exercice illégal de la médecine, il se récrie aussitôt : « Je ne fais pas de médecine, dit-il ; je donne des renseignements divinatoires ; s'il m'arrive en même temps de délivrer

des simples, c'est parce que les gens m'en prient et que je ne puis autrement les renvoyer contents ; d'ailleurs, comment repousser ceux que les forces occultes amènent chez moi ? Je leur dois la vérité, et en moi ce n'est pas l'homme qui parle, c'est la nature. On m'a dénoncé pour une altercation que j'avais eue à la foire de Nesmy où une fantaisie de ma tête m'avait conduit, car je ne vais jamais aux foires ; c'est une vengeance, voilà tout, et je n'ai rien à dire à la justice. Qu'on interroge tous les gens du pays, ils seront pour moi : je les ai trop souvent étonnés (1). »

— Mais vous faites payer vos oracles ?

— « Pas du tout. Il est vrai que je prends ce qu'on me donne, mais ne faut-il pas que je vive ? J'ai besoin d'ailleurs, de bien peu de chose ; je suis très sobre, une miché de six livres me fait une semaine, je ne bois pas de vin ; je consomme une boisson que j'ai faite ; je ne dépense presque rien. »

— Que ferez-vous si vous êtes encore condamné ?

— « Qu'importe, je ne me préoccupe pas des lois humaines. La protection des êtres est plus forte que la loi. La flamme m'a dit : *Quitte toi juger, moi je jugerai à mon tour. Ne t'ennuie pas ; quitte faire ; marche toujours.* »

— Mais enfin si on vous empêche de continuer à rendre vos oracles ?

A cette question, il laisse tomber ses bras d'un air découragé, puis après un moment de silence, il dit non sans un sentiment profond de tristesse :

— « Je partirai ; je me remettrai à voyager ; je serai encore condamné, enfermé dans les prisons et j'y mourrai. »

Plusieurs entrevues successives que nous eûmes avec R... nous permirent de tirer complètement au clair les données un peu troubles que nous avions remportées de notre première visite et de dégager complètement sa psychologie.

(1) C'est parfaitement exact. Lors de ses procès, comme il arrive souvent en pareil cas, presque tous les témoins refusèrent de reconnaître qu'ils avaient été mystifiés. L'un souffrait d'un asthme que les remèdes d'André R... avaient à peu près guéri ; l'autre avait une névralgie rebelle dans la tête ; il lui avait fait des passes et aussitôt la douleur avait diminué pour disparaître ensuite complètement dans la journée. Un troisième affirma que

Physiquement, c'est un être mal venu, un raté, de constitution scrofuleuse, dont le crâne présente des malformations très accentuées ; c'est en un mot un dégénéré. Sa constitution mentale répond à sa constitution physique ; c'est un instable, un déséquilibré, comme d'ailleurs le montre l'histoire de sa vie, car l'explication qu'il donne de son existence vagabonde ne peut être acceptée que dans une mesure restreinte, la surdité n'étant pas un obstacle à certains travaux manuels susceptibles de fournir des moyens d'existence. Mais précisément les travaux manuels ne cadraient pas avec sa déséquilibration mentale et ce penchant de son esprit, développé dès l'enfance, qu'il appelle *une intelligence de recherche*, et que nous appellerons, nous, mysticisme morbide, appétit de l'inconnu et du merveilleux ; penchant commun à toute une catégorie d'individus prédisposés, saints, apôtres, réformateurs, thaumaturges, illuminés, mages, inventeurs, qui tantôt se contentent de côtoyer indéfiniment les frontières de la folie, tantôt ne tardent pas à les franchir tout à fait, présentant les signes d'un délire partiel de forme religieuse ou mystique compliqué peu à peu d'idées de grandeur.

Tel est précisément le cas de R..., qui, malgré son ignorance et son manque de culture intellectuelle, se nourrit avidement et impulsivement depuis dix années de lectures abstruses bien au-dessus de sa portée, et dont le sens — si toutefois elles ont réellement un sens quelconque — lui échappe forcément, ne laissant à son esprit qu'un amoncellement de mots incohérents et de

non seulement il n'avait rien à lui reprocher, mais encore qu'il lui savait gré du bien qu'il lui avait fait en le guérissant d'une gangrène de la jambe ! Un brave homme qui avait consulté le devin pour un vol de poires avait été émerveillé de sa perspicacité, et en témoigna hautement. R..., d'ailleurs, versa au dossier un certain nombre de certificats attestant ses talents et proclamant la reconnaissance de ses clients.

figures de rhétorique qu'il retrouvera plus tard comme une forme toute faite et appropriée à l'expression de son délire. Ces lectures qui, chez un homme intelligent et instruit, eussent pu n'avoir d'autre effet que d'accroître une originalité d'esprit naturelle, devaient forcément avoir sur l'intelligence bornée et inculte de R... une influence perturbatrice et peu à peu désorganisatrice.

Ne voyons-nous pas en effet cette sorte de *manie ésotérique* qui se développe insensiblement chez lui aboutir à la méditation continue favorisée par ses nombreuses détentions, à la contemplation et finalement à l'extase et à l'hallucination ?

L'hallucination et les phénomènes extatiques ont à leur tour une répercussion sur sa personnalité qu'ils exagèrent. Ayant des révélations, R... se croit initié aux grands mystères, il s'affilie aux sociétés occultes, peu regardantes d'ailleurs sur le choix de leurs membres, et ainsi confirmé dans ses prétentions, en arrive logiquement à se croire doué de facultés surnaturelles et divinatoires et à verser dans le délire des grandeurs.

Le fait qu'il sait tirer habilement des moyens d'existence de sa prétendue qualité de devin n'a rien d'incompatible avec la réalité d'un trouble mental. L'instinct de la conservation personnelle ne disparaît dans la folie qu'en tant qu'il est en conflit avec le délire, ce qui n'est pas ici le cas.

De même l'hypothèse de simulation doit être écartée. Un simulateur, fût-il doué d'une intelligence exceptionnelle, n'arriverait jamais à feindre une forme aussi caractérisée, aussi spéciale et en même temps aussi limitée de trouble mental ; il ne manquerait pas de verser dans l'exagération, l'incohérence ou un grossier charlatanisme, s'efforçant de frapper fort, ne sachant comment frapper juste. Du reste, pour quiconque examinera R...

pendant un quart d'heure, sa sincérité, nous dirions presque sa candeur, ne saurait plus faire doute : il est devin avec ingénuité, avec complaisance ; il est sans apprêt comme sans défiance et ne refuse pas plus ses oracles aux médecins qu'il sait chargés d'examiner son état mental, qu'aux paysans crédules qui composent sa clientèle ordinaire.

Un dernier point bien digne de remarque, c'est qu'il n'a aucune conscience des responsabilités encourues. Il est au-dessus des lois humaines. Il ne voit dans les poursuites dont il est l'objet et dans ses condamnations antérieures, que des épreuves que lui attire son immense supériorité, en attendant qu'il y discerne des persécutions et en prenne texte pour de nouvelles conceptions délirantes.

Aussi nos conclusions furent-elles que R... ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales ; qu'il était atteint d'un véritable délire partiel systématisé de nature mystique et ambitieuse et qu'en présence de la connexion évidente existant entre les charges qui pesaient sur lui et son trouble mental, il devait être considéré comme n'étant pas responsable.

R... fut relaxé des poursuites et aucune mesure administrative n'ayant été prise contre lui, il continua à satisfaire sa nombreuse clientèle. On nous a affirmé toutefois qu'il y mettait un peu plus de discrétion et qu'il avait renoncé à courir les foires pour y répandre ses prospectus. Mais, à titre de compensation sans doute, il s'est mis à boire, et on le trouve de temps en temps ivre-mort dans les fossés des chemins qui conduisent à sa cabane devant laquelle tous les dimanches une théorie nombreuse de paysans fait queue, hypnotisée, les yeux fixés sur le thermomètre qui, comme une sorte d'attribut cabalistique, en orne la porte verrouillée.

En intitulant ces pages : « Un vagabond qui se

range », je n'ai pas entendu escompter l'avenir et pronostiquer à R... une longue existence sédentaire de devin patenté. Quelque jour, sans doute, poussé par la nécessité ou par quelque fantaisie nouvelle de son esprit inquiet, il reprendra le bâton du voyageur et ira de nouveau demander asile aux abris temporaires que la correctionnelle ouvre largement à ses pareils. J'ai simplement voulu relater un épisode de l'existence d'un de ces milliers d'*outlaws* qui commencent à gêner si fort le mécanisme de notre existence moderne, épisode curieux, tant à cause de l'individu dont la vie me l'a fourni que du milieu où il a pu se dérouler à l'aise et qui semble nous reporter en plein moyen âge.

Thérapeutique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

APPLIQUÉE AU

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

Par M. A. LAILLER

Pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares-Saint-Yon.

Je lisais dernièrement dans mes notes prises au courant de mes lectures que, en 1865 (1), à la Société médico-psychologique, M. le D^r Parchappe disait, à propos des attaques dirigées alors contre les asiles d'aliénés, que l'on reprochait à ces établissements d'être insuffisants au point de vue hygiénique et tout à fait inefficaces au point de vue thérapeutique. M. Parchappe réfuta avec vigueur et autorité chacune de ces accusations, qui, pour la plupart, étaient erronées, et qui, pour certaines, étaient empreintes de malveillance.

Le reproche formulé au point de vue de l'insuffisance de la thérapeutique des aliénés n'était certes pas fondé. Depuis quelques années déjà, j'occupais la fonction que j'occupe encore aujourd'hui, je suivais avec intérêt ce qui était fait et publié sur les moyens usités ou conseillés pour obtenir la guérison, ou du moins l'atténuation des maladies mentales, et je constatais que la science

(1) Société médico-psychologique, séance du 30 octobre 1865. (*Annales médico-psychologiques*, 1866, p. 450.)

psychiatrique, pas plus que les autres branches de la science médicale, ne restait indifférente au point de vue de la thérapeutique. Ce qui se faisait alors se fait encore aujourd'hui, peut-être même avec plus d'ardeur et de constance qu'autrefois, et certainement avec des données que la science ne possédait pas autant qu'actuellement.

La thérapeutique embrasse une somme de moyens appartenant à l'art de guérir ; je ne veux parler que des médicaments fournis par nos officines. En voyant les nombreux travaux entrepris par les médecins aliénistes français et étrangers sur les médicaments qui trouvent particulièrement leur indication dans le traitement de la folie, on constate que, d'une façon générale, on s'efforce d'utiliser ce que la matière médicale, la chimie, la pharmacie révèlent comme agents de médication.

Il y a en un moment, il est vrai, où, en médecine, il semblait être de bon ton de ne pas croire à la thérapeutique, tous les esprits étaient tournés vers le microscope et l'histologie. On est devenu plus éclectique, on est revenu à la thérapeutique raisonnée, on lui a fait une large part, au grand avantage des malades. On en trouvera la preuve dans la Revue que je viens d'écrire pour les *Annales médico-psychologiques*.

En 1886, j'ai publié, dans les *Annales médico-psychologiques* (1) une étude ayant pour titre : *Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentale*.

Sept ans plus tard, le Dr Georges Houdaille a pris, pour sujet de sa thèse inaugurale, une étude analogue intitulée : *Les nouveaux hypnotiques, étude expérimentale et critique* (2).

Cet ouvrage est d'une réelle valeur ; et, dans le pré-

(1) *Annales médico-psychologiques*, t. IV, juillet 1886.

(2) J.-B. Baillière et fils, 1893. Paris, in-8°, 237 p.

sent, comme dans l'avenir, il sera consulté avec profit. Ne pas le signaler dans cette Revue de thérapeutique, ce serait commettre une omission injustifiée.

M. Houdaille est loin d'avoir étudié tous les hypnotiques récemment préconisés. Je ne peux, moi-même, avoir la prétention de les signaler tous; mais je n'aurai garde de négliger ses appréciations en relatant celles des auteurs qui, à ma connaissance, se seront occupés de cette importante question, question qui se présente d'ailleurs avec un caractère d'actualité.

On trouvera probablement exagérée l'étendue de mes citations; j'aurais pu les faire plus courtes ou encore les résumer dans un assemblage plus ou moins heureux de phrases qui, laissant au second plan l'auteur du travail analysé, mettent en relief le savoir analytique du signataire de l'article.

J'ai préféré relater textuellement les faits tels qu'ils ont été exposés, craignant toujours, en pareille circonstance, de ne pas rendre exactement la pensée de l'expérimentateur.

I. — CHLORALOSE.

Dans ma notice sur les nouveaux hypnotiques, je n'ai pas parlé du chloralose par la raison toute simple qu'il n'était que très peu connu, et, que ce n'est qu'au mois de janvier 1893 que MM. Hanriot et Ch. Richet (1) présentèrent leur premières recherches sur ce corps, qui avait été signalé par Hefter, en 1889.

Ce sont eux qui lui donnèrent le nom de chloralose,

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1893, p. 63. Communications à la Société de Biologie, 14 janvier, 4 février, 25 février, 20 juin 1893. *Revue de neurologie*.

pour remplacer celui d'anhydroglucose-chloral, qui, scientifiquement, lui convient mieux, mais qui est long à prononcer et à écrire.

Propriétés chimiques. — On prépare le chloralose de la manière suivante : on mélange, dans un matras, quantités égales de chloral anhydre et de glucose sec et on chauffe à 100 degrés pendant une heure. Le tout se prend, par refroidissement, en une masse épaisse que l'on traite par un peu d'eau, puis par de l'éther bouillant. En reprenant les parties solubles dans l'éther, puis en les additionnant d'eau et en distillant 5 à 6 fois avec de l'eau, jusqu'à ce que tout le chloral ait été chassé, on obtient, finalement, un résidu dont on peut séparer, par des cristallisations successives, un corps A peu soluble dans l'eau froide, assez soluble dans l'eau chaude et l'alcool, et un corps B, difficilement soluble, même dans l'eau chaude. MM. Hanriot et Ch. Richet proposent d'appeler chloralose le corps A ; et, « parachloralose », le corps B.

Le chloralose cristallise en fines aiguilles qui fondent de 184 à 186 degrés ; il se volatilise sans décomposition dans le vide ; et, d'après son analyse, il répond à la formule $C^8H^{11}ClO^4$.

Contrairement à l'opinion de Hefter, traité par la potasse, il ne donne pas de glucose.

La parachloralose cristallise en belles lamelles nacrées, qui fondent à 229 degrés et se subliment vers 250 degrés. Avec l'acide sulfurique, on obtient un composé disulfurique ; et, avec l'anhydrique acétique, un composé tétracétylé.

D'après les renseignements inédits fournis à M. Houdaille par MM. Hanriot et Richet, si l'on additionne une solution bouillante de chloralose d'un peu de potasse, puis de chlorure de benzoyle, il se produit un précipité qui est son dérivé tétrabenzoylé.

Ce corps est complètement insoluble dans l'eau et cristallise dans l'alcool en belles aiguilles fusibles à 138 degrés, solubles dans l'alcool, le chloroforme et l'éther.

Cette insolubilité du dérivé A benzoylé permettra de doser facilement le chloralose éliminé par les urines. On ajoutera à l'urine un peu de potasse, puis, après filtration, du chlorure de benzoyle, et on pèsera le précipité, formé à l'ébullition, qui est du benzoyl-chloralose.

J'ajoute que le chloralose est donné d'une saveur amère, qu'il est soluble dans 6 à 7 p. 100 d'eau froide et qu'il rétablit la lumière polarisée.

Les effets physiologiques du chloralose sont très intéressants, disent MM. Hanriot et Ch. Richet, car, c'est une substance qui a deux effets qui paraissent contradictoires. Elle est hypnotique et elle augmente l'excitabilité de la moelle épinière.

L'espace accordé, dans les *Annales médico-psychologiques*, à cette Revue de thérapeutique, ne me permet pas de relater les nombreuses expériences entreprises par les auteurs que je viens de citer en vue de déterminer les effets physiologiques du chloralose. Je me contenterai de rapporter, d'après M. Houdaille :

1° Que, pour eux, ce corps agit surtout sur la substance grise cérébrale dont il diminue les propriétés ;

2° Que, sous son influence, le système digestif ne subit aucune action fâcheuse ;

3° Qu'il présente ce grand avantage, sur la plupart des hypnotiques, de ne produire aucun abaissement de la pression sanguine et de ne posséder aucune action fâcheuse sur le système circulatoire.

4° Qu'il n'influence pas la température autant que le chloral ; ce qui s'explique par la conservation des fonctions médullaires que le chloral abolit.

A ce sujet, M. Houdaille signale, d'après Ugolino Masso, que la température baisserait au début, pour monter, au-dessus de la normale, aussitôt le réveil.

Effets cliniques et thérapeutiques. — *Doses.* — *Mode d'administration.* — Accumulation. M. Houdaille avance que les recherches faites cliniquement chez l'homme montrent que le chloralose ne s'accumule pas et s'élimine assez vite.

Accoutumance. Selon le même auteur, les observations cliniques donnent un exemple frappant du peu d'accoutumance qui se produit chez l'homme.

Bien que le chloralose soit d'introduction récente dans la thérapeutique, il a donné lieu à de très nombreuses communications, soit aux Sociétés savantes, soit dans les journaux de médecine.

Je n'en peux faire l'énumération et je devrai me contenter de celles qui ont le plus appelé l'attention.

D'abord, et c'est un point important, il semble admis que la dose du chloralose à employer, pour obtenir un effet hypnotique, est de 0 gr. 30 à 0 gr. 40; que le mienx, est de donner deux cachets, l'un, une heure avant le moment où on désire s'endormir, et, le second, au premier réveil.

M. Landouzy (1) qui, en huit mois, a donné le chloralose à 13 malades, 11 hommes et 2 femmes, l'a administré aux doses suivantes : La dose minima *pro noctu* a été de 0 gr. 20; la dose courante *pro noctu* a été de 0 gr. 30, parfois, de 0 gr. 40; 0 gr. 20 dans la première partie de la nuit (vers 11 heures du soir, 3 heures au moins après le dîner), et 0 gr. 20 donnés dans la seconde partie de la nuit, quand la première dose n'a apporté qu'un court sommeil.

Exceptionnellement, M. Landouzy a dû porter la dose

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1893.

à 0 gr. 60 ; 0 gr. 30 à 11 heures du soir, 0 gr. 30 à 3 heures du matin.

M. Landouzy a constaté que le chloralose était, comme effet, supérieur au chloral, et que, si des inconvénients congestifs vers la tête se manifestaient, ils étaient bien moindres que ceux que produit le chloral.

Pour M. Schoupe (1), il ne faut pas craindre d'employer le chloralose dans les cas de dyspepsie d'origine nerveuse ; en atténuant l'excitation nerveuse, il peut améliorer les fonctions digestives.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine de Turin (2), MM. Marro et Lombroso ont noté que 15 aliénés atteints de *delirium tremens*, de fureur hypocondriaque, de lypémanie avec hystérie, avaient obtenu le sommeil en prenant 0 gr. 25 de chloralose ; que pourtant, parfois, la dose avait été portée à 0 gr. 50. Chose intéressante à signaler, MM. Marro et Lombroso ont constaté qu'il y a eu diminution de la quantité d'urine, dans deux cas, et de l'augmentation dans tous les autres cas. Dans un cas, la quantité d'urée a été trouvée diminuée ; dans tous les autres cas, elle a augmenté. Il y a eu diminution constante des chlorures. Ces savants ont également constaté que le sommeil amené par le chloralose, est un sommeil physiologique.

Egli, cité par M. Lombroso, a sonné la cloche d'alarme. Loin de croire à l'innocuité du chloralose, il aurait observé, à la dose de 0 gr. 25, des tremblements, avec une perte complète de mémoire ; et, à la dose de 0 gr. 50, dans un seul cas, un prurigo assez intense.

M. le professeur Maragliano a, peut-être, été encore plus loin dans ses observations sur les méfaits que l'on

(1) *Bulletin de la Société de biologie*, 1893.

(2) *Riforma medica*, juin, 1893.

peut, dans certains cas, imputer au chloralose. C'est ainsi que, à l'Académie de médecine de Gênes, il a rapporté que, après avoir constaté l'effet hypnotique de ce médicament, il avait observé du hoquet (un cas), des tremblements généralisés (un cas), des spasmes cloniques des membres supérieurs, spasmes cloniques avec perte de connaissance, spasmes cloniques généralisés sans perte de connaissance et des phénomènes de somnambulisme pendant et en dehors du sommeil.

M. Hondaille, à qui j'emprunte cette citation, ne dit pas à quelle dose M. le professeur Maragliano a administré le chloralose. Puisque je viens de faire cet emprunt à la thèse de M. Hondaille, je signalerai, comme mémoire, qu'il donne quinze observations prises, soit dans la clientèle, soit dans les services hospitaliers, relatant tous les effets hypnotiques du chloralose, sans qu'il se soit produit des phénomènes d'intoxication.

Plus loin, « M. Féré, dit-il, a administré à un hystérique, en état de mal, 0 gr. 45 de chloralose et n'a observé aucun phénomène fâcheux. M. Magnan (1) a employé le chloralose chez plusieurs maniaques à la dose de 0 gr. 40. Il n'a constaté que du sommeil et quelques moments de calme, ajoutant que chez ces malades, il compte administrer, à l'avenir, des doses plus fortes. »

M. Féré (2), dans une communication postérieure, donne ses résultats avec le chloralose employé à des doses très considérables, chez des hystériques et des épileptiques, chez lesquels il a obtenu de bons résultats. Les succès qui ont été signalés et les phénomènes notés par quelques-uns, chez les névropathes, lui paraissent dus à l'insuffisance des doses employées. Chez

(1) *Bulletin médical*, 1893.

(2) *Bulletin médical*, 1893.

plusieurs de ses malades, M. Féré a prescrit, sans inconvénient, 1 gr. 75, et même 2 grammes ; à l'un d'eux, un hystérique, il a donné jusqu'à 2 gr. 25 ; mais il a alors observé des symptômes qui peuvent être attribués à un commencement d'intoxication. Le sujet, en effet, eut un sommeil profond avec respiration stertoreuse ; cependant, au réveil, il se trouvait parfaitement bien. Pendant son sommeil, il eut des mictions involontaires, ce qu'il n'éprouvait jamais ; les mictions se produisirent encore chez lui avec la dose plus faible de 2 grammes. M. Féré a, également, administré le chloralose à un choréique, à la dose de 0 gr. 75 ; les mouvements de la chorée ont disparu.

Enfin, M. Houdaille formule ainsi ses conclusions :

Le chloralose a deux inconvénients : 1° il n'est pas analgésique ; par conséquent, il ne pourra, dans aucun cas, remplacer la morphine ; 2° chez les individus hystériques, alcooliques, névropathes, choréiques, il agira irrégulièrement, à dose souvent faible, en provoquant des phénomènes analogues à l'ivresse.

Le chloralose, d'autre part, aura les avantages suivants sur les autres hypnotiques connus : 1° il régularise les fonctions du cœur et relève la pression (la morphine seule, et dans certains cas seulement, produit cet effet) ; 2° le réveil est facile et l'appétit, ainsi que les voies digestives, ne sont pas atteints ; 3° même avec de fortes doses, il semble qu'il n'y ait aucun danger d'intoxication, car l'ivresse n'est jamais un accident grave ; et l'intégrité du cœur fait que ce n'est pas un corps dangereux. »

Ces conclusions, je l'avoue, me semblent empreintes d'un certain degré d'optimisme. Les assertions des médecins italiens, MM. Egli, Maragliano sont loin d'accorder au chloralose une innocuité aussi prononcée. Je montrerai par la suite que d'autres expérimentateurs

ont obtenu des résultats qui justifient mes réserves.

Sous le modeste titre : *Essai sur l'action physiologique et thérapeutique du chloralose*, M. le D^r Ern. Chambard, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés du Cher, dit de « Beauregard », a publié un important travail (1), qui mérite la plus grande attention, et qui, déjà, se recommande, par le savoir et la compétence de l'auteur comme physiologiste et comme pathologiste.

D'ailleurs, c'est sur le désir que lui en a exprimé M. Richet, que M. Chambard a étudié l'action thérapeutique du chloralose, principalement sur les aliénés de son service.

Recherches physiologiques. — C'est la grenouille que M. Chambard a choisie pour ses recherches physiologiques. Ce batracien est très sensible à l'action du chloralose, qui, pour lui, est un violent poison.

Toute cette partie du mémoire dont il est question ici ne peut être résumée ; les faits, d'ailleurs, quoique exposés avec une grande clarté, sont condensés et doivent être présentés dans leur ensemble.

A propos de la putréfaction qui survient rapidement chez la grenouille empoisonnée par le chloralose, M. Chambard rappelle que ce produit n'est nullement antiseptique.

Je crois devoir en faire mention, parce que, non sans raison, on accorde au chloral, qui a des liens de parenté avec le chloralose, des propriétés antiseptiques.

Recherches cliniques et thérapeutiques. — M. Chambard a choisi pour sujets d'expérience, parmi les aliénés confiés à ses soins, les douze malades les plus intéressants et les plus typiques.

Cinq étaient des hommes et sept des femmes ; leur âge variait de 18 à 52 ans.

(1) *Revue de Médecine*, 1894.

Au point de vue du diagnostic, on comptait : huit dégénérés presque tous héréditaires, atteints de folie circulaire, de manie hystérique, de chorée chronique, de lypémanie anxieuse et de délire de persécution, une maniaque chronique, deux épileptiques et une paralytique générale. Leur état mental, au moment de l'observation, n'était pas moins varié : trois se montraient tranquilles, et, en apparence, raisonnables ; six se trouvaient dans un état maniaque les privant plus ou moins complètement de sommeil, et, les autres, atteints de lypémanie anxieuse ou stupide, étaient plongés dans une dépression plus ou moins profonde.

Au point de vue de la posologie du médicament, M. Chambard dit : « Bien que Féré ait pu, sans inconvénient, administrer à ses malades jusqu'à 2 gr. 25 de chloralose, je n'ai pas osé, pour commencer, aller jusque-là, et me suis contenté de doses variant de 0 gr. 25 à 1 gr. 50. »

Il ajoute :

« Les plus faibles doses, tout en ayant, dans certains cas, une action sédative assez marquée, ne suffisent pas à amener le sommeil ; mais les autres sont assez fortes pour déterminer non seulement le sommeil, mais encore des troubles psychiques et moteurs, qui sont la principale curiosité, mais aussi le plus grand inconvénient du nouvel hypnotique. »

Recherches cliniques. — Action hypnotique normale du chloralose. — A l'aide de tableaux synoptiques, l'auteur a présenté, d'une façon concise et très intelligible : 1° les conditions et la marche des expériences qu'il a instituées pour son étude ; 2° la période d'incubation ; 3° la période d'invasion ; 4° la période d'état ; 5° le réveil et la période post-hypnotique ; 6° la marche et la durée de l'hypnose chloralosique. Des explications accompagnent ces tableaux, et l'ensemble est plein de

données d'un grand intérêt. Je dois me borner à signaler, d'après le paragraphe 6, que la période d'incubation, comme celle de l'hypnose, sont des plus variables ; que la durée du sommeil croît avec les doses ; et que — ce qui peut paraître invraisemblable — les malades agités ou déprimés dorment plus longtemps que les malades tranquilles ; que le sommeil chloralose est généralement continu, malgré qu'il se complique, souvent, de rêves, troubles de la motilité et d'accès de somnambulisme.

Ces complications de l'hypnose chloralose sont nombreuses. M. Chambard donne l'observation d'un de ses malades, qui, à 3 h. 15, ayant pris un cachet renfermant 1 gramme de chloralose, s'était endormi à 6 h. 30. Je copie textuellement le reste de l'observation :

A huit heures, le malade dormait profondément, couché sur le dos, la face vultueuse, le corps toujours agité d'un tremblement généralisé. Interpellé vivement, il regardait ses interlocuteurs d'un air égaré, marmottait quelques paroles inintelligibles, et se remettait à dormir. A neuf heures, il se leva, quitta sa chaise, fit le tour de la chambre en cherchant un journal qu'il avait mis de côté dans la journée, et rangé dans sa table de nuit, se mit pendant quelques instants, sans résultat d'ailleurs, sur la chaise percée du dortoir, puis se recoucha. A neuf heures trente, Noyr... se lève de nouveau. Appelé près de lui, je le trouve debout, en chemise, au milieu de la salle, il a l'air égaré, les yeux ouverts, tremble et porte la main à son front et à son oreille, dans l'attitude d'un homme indécis et embarrassé. Ses membres sont animés de petites secousses rares et de peu d'amplitude. Sa voix est faible, comme endormie ; sa parole est hésitante, bredouillante et bégayante ; il répond, presque par monosyllabes, à toutes les questions, et ses réponses sont celles d'un aliéné, atteint du délire des négations. « D. Qui êtes-vous ? — R. Je ne peux pas vous le dire. — Où sommes-nous ? — Je ne sais pas. — N'êtes-vous pas Noyr... ? — Oh, non ! » Et à toutes les autres questions : Ne sommes-nous pas à Bourges ? Êtes-vous marié ? Avez-vous des enfants ? N'étiez-vous pas huissier ? Il répond invariablement « non ».

ou « je ne sais pas ». Il ne reconnaît non plus aucun des assistants, bien que, à l'état de veille, leur visage lui soit des plus familiers. Les allusions que l'on fait, en sa présence, à sa situation, à ses malheurs, à ses fautes, à ses torts envers sa femme, à sa double tentative de suicide, etc., le laissent aussi indifférent, plus même, que s'il s'agissait d'une autre personne, car il semble n'y prêter aucune attention.

Pendant cet interrogatoire qui dure plus d'une demi-heure, sa physionomie reste douce, calme et souriante; et, à une question sur l'endroit où il se trouve, il répond, probablement, en manière de plaisanterie : « à Pékin ».

Au bout de quelque temps cependant, sans doute à force d'être questionné et excité, la conscience et la mémoire paraissent lui revnir en partie. Sa physionomie change et devient plus attentive : il sait alors son nom, où il est, il reconnaît les assistants, convient qu'il a des enfants, qu'il est marié, raconte même qu'il est brouillé avec sa femme et le déplore, car « il l'aime », ajoute-t-il d'un ton tragique et quelque peu larmoyant. Il l'a, en effet, rendue très malheureuse par ses écarts de conduite, et même par ses brutalités. A ce souvenir, il s'attendrit, puis se dirige vers son lit et manifeste l'intention de dormir. On le fait coucher, et quelques instants après, il s'endort.

Neyr... dormit ainsi jusqu'au lendemain quatre heures, moment du réveil général des malades. Aussitôt réveillé, il demande aux gardiens s'il avait rêvé, ou si on était venu réellement l'interroger pendant la nuit. Il se plaignait d'éprouver une sensation de vide dans la tête et de constriction douloureuse aux deux tempes.

Au moment de la visite, le malade éprouvait toujours de la céphalalgie; mais il était parfaitement éveillé et lucide. Aussi, put-il nous rendre un compte exact de ses impressions.

La veille au soir, vers six heures trente, en causant avec un camarade, il s'aperçut qu'il bégayait, ne trouvait plus ses mots, bien qu'il continuât à les penser et sût ce qu'il voulait dire, et ne pouvait terminer ses phrases; là s'arrêtent brusquement ses souvenirs. Ce matin, en se réveillant, il a cru avoir rêvé que je l'avais interrogé, la nuit, au pied de son lit, entouré d'un cercle de gens dont les figures lui étaient inconnues, et que je lui avais demandé : « Ne suis-je pas le Directeur? » seule phrase de son interrogatoire dont il se soit souvenu.

Parmi les complications de l'hypnose chloralosique,

M. Chambard rapporte, avec observation à l'appui, un cas de chorée rythmique, accompagnée de délire loquace avec chants, chez une hystérique.

La malade avait pris, à midi et demi, un cachet de 1 gramme de chloralose, et s'était endormie à deux heures trente.

L'auteur s'étend longuement sur les complications motrices que détermine l'action du chloralose, et, en particulier, sur le tremblement musculaire — phénomène qui, d'après ses observations, serait des plus fréquents et des plus saillants. Ce phénomène, chez une malade, se serait produit après l'administration de 0 gr. 75 du médicament. Les doses de 1 gramme et de 1 gr. 50 avaient été administrées aux autres trembleurs.

Au sujet de l'action physiologique du chloralose, M. Chambard rappelle que MM. Richet et Hanriot regardent cet hypnotique comme un poison psychique, et qu'ils assimilent à de véritables somnambules les hommes et les animaux soumis à son action; que, d'autre part, M. Maragliano affirme que cette substance détermine quelques-uns des phénomènes de l'hypnotisme.

M. Chambard, après une dissertation sur ce sujet, dit que le chloralose peut être regardé comme l'agent d'un nouveau procédé d'analyse psychologique et physiologique.

Je suis, pour ma part, en raison de ce que la lecture des travaux sur le chloralose m'a appris, disposé à partager son avis.

Si le chloralose a une action indéniable au point de vue thérapeutique, il aurait, en outre, d'après M. Maragliano, une *valeur diagnostique* digne d'appeler l'attention des médecins.

M. le professeur de Gênes a prétendu que cet agent possédait la propriété de manifester les névropathies

latentes et qu'il devait être considéré comme un précieux réactif de ces états morbides.

Deux des malades, chez lesquels M. Chambard a expérimenté le chloralose, lui ont fourni des observations qui lui semblent corroborer les idées de M. Maragliano.

Il s'agit d'abord d'une jeune fille de dix-huit ans, dont les manifestations provoquées par le nouveau médicament ne pouvaient laisser aucun doute sur leur nature hystérique.

Il s'agit, ensuite, d'une femme âgée de trente-trois ans, dont M. Chambard donne, tout au long, l'observation; mais, dans ce cas, il n'est pas question de névrose, mais bien de paralysie générale.

Cette femme, en raison de ses actes, de ses manifestations délirantes, avait été reconnue atteinte de paralysie générale; toutefois, les signes physiques de cette maladie faisaient complètement défaut; entre autres, la parole était restée parfaitement nette, l'articulation des sons n'était ni hésitante, ni bredouillée.

On lui administra, à plusieurs reprises, de 0 gr. 25 à 1 gramme de chloralose, sans qu'on observât rien de bien particulier. A la cinquième fois, après avoir pris, à sept heures du matin, 1 gramme de chloralose, la malade se réveilla tranquillement à huit heures trente du soir. A dix heures M. Chambard la trouva bien éveillée, disposée à bavarder; et il constata de suite « un trouble considérable de la parole, caractérisé par un chantonement, un bredouillement et une hésitation absolument identiques à ceux qui constituent les signes classiques de la paralysie générale des aliénés ».

Le lendemain à onze heures, l'embarras de la parole, bien qu'encore très notable, avait diminué; deux jours après, il avait complètement disparu. Sept jours après l'expérience, on tenta une nouvelle avec 0 gr. 75 de chloralose; après le réveil, on constata, à nouveau, un embarras de la parole, qui, bien que moins prononcé et moins durable, était, cependant, parfaitement caractérisé. Plusieurs autres expériences, sur la même malade, avec des doses de 1 gramme à 1 gr. 50, ont donné les mêmes résultats.

A mes yeux, la constatation de cette propriété du chloralose, au point de vue du diagnostic de la para-

lysie générale, en appelle d'autres pour être concluante.

Dans un dernier chapitre, M. Chambard a résumé les faits que lui ont révélés ses investigations ; c'est ainsi qu'il a rappelé, avec considérations à l'appui, que le chloralose fournit aux physiologistes un nouveau moyen de dissocier, et, partant, d'analyser les fonctions les plus élevées et les plus différenciées de l'organisme ; que, comme moyen de diagnostic, il méritera peut-être une place parmi les médicaments d'épreuve ; que ses propriétés hypnotisantes et hypnotiques sont, dès à présent, hors de doute ; mais il ajoute qu'il a ses indications et ses contre-indications ; que « ce serait se faire une illusion que de le croire destiné à détrôner tous les autres hypnotiques, et nuire souvent aux malades que de l'appliquer indifféremment à tous les cas. Un des inconvénients du chloralose est son humeur capricieuse. » L'auteur n'a garde d'oublier les complications délirantes ou convulsives qui surviennent assez fréquemment pendant le sommeil chloralosique, complications à la vérité peu graves, mais qui, de prime abord, peuvent être alarmantes ; que, dans les affections douloureuses, il ne saurait remplacer la morphine ; que, dans les insomnies et les excitations cérébrales, il peut lutter avec le chloral ; que, dans l'insomnie et les angoisses du système cardio-vasculaire parvenues à leur période d'asystolie, il trouve ses véritables indications ; enfin, il termine par cette proposition que, « ne fût-il que le calmant des cardiaques, le chloralose serait encore, pour ces malheureux, un véritable bienfait, et, pour la thérapeutique, une acquisition précieuse ».

Si le travail de M. le D^r Chambard sur le chloralose, dont je viens de faire une trop courte analyse, offre le plus grand intérêt, il existe un autre travail (1), non

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, 1894, II, p. 49.

moins important, non moins intéressant, dû à M. le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, avantageusement placé, comme son collègue M. Chambard, pour étudier l'action du médicament dont il est question, non seulement au point de vue de la physiologie, mais surtout au point de vue de la thérapeutique appliquée à une classe nombreuse d'infortunés dont les *Annales médico-psychologiques* s'occupent tout spécialement.

C'est avec les plus grandes précautions, les plus grands soins, que M. Marandon de Montyel a mené ses investigations ; c'est avec la plus scrupuleuse attention qu'il a suivi, avec le concours de ses deux internes, MM. Prodhon et Senlecq, pas à pas et d'instant en instant, tous les phénomènes présentés par chaque organe de l'économie. Ces observations, comme le dit l'auteur, constituent un mémoire clinique personnel, indépendant des résultats obtenus par d'autres observateurs.

Ses expériences lui ont démontré que le chloralose est, incontestablement, un hypnotique ; elles lui ont révélé que, sur vingt-et-un aliénés, un seul, un vésanique, avec 45 centigrammes, a accusé de l'ivresse le second et le troisième jour, et que le même a été seul à se plaindre d'étourdissements ; que, bien moins rares et plus accusés, ont été ces troubles au sortir du sommeil chloralose ; qu'enfin, « à en juger, dit-il, par nos expériences, il semble exact de dire qu'avant d'amener le sommeil, le chloralose n'incommode qu'exceptionnellement et légèrement ceux qui l'absorbent ».

A noter, d'après l'auteur, que le sommeil obtenu par le chloralose, chez les aliénés « est, le plus souvent, peu profond, et offre de fréquentes interruptions ».

Les rêves, la durée du sommeil, le réveil, l'action sédative du médicament, son influence sur les organes

des sens, sur les réflexes, ont été observés avec la plus grande attention et notés avec de minutieux détails.

Je m'arrête à l'action du chloralose sur la motilité, point important à élucider.

« Cette action, dit M. Marandon (et je préfère citer ses paroles textuelles, plutôt que de les envelopper dans un résumé), cette action, dis-je, s'est exercée en deux sens opposés, déterminant : tantôt de la lassitude et tantôt de l'agitation musculaire. Cette lassitude n'a jamais été excessive, elle n'a jamais abouti — je ne dirai pas à la paralysie, — mais même à la parésie ; elle n'était constituée que par une sensation de fatigue plus ou moins grande dans les muscles, et particulièrement dans ceux des jambes. Mais, dans ces limites, son existence a été incontestable..... »

« Une action tout opposée du chloralose sur le muscle, et beaucoup plus accusée que la précédente, fut une *hyperexcitabilité* allant au simple tremblement, et déterminant ainsi une véritable agitation musculaire. » Mais, ajoute l'auteur, « les convulsions restèrent toujours cloniques ; jamais elles ne devinrent toniques. Des 135 faits qui servent de base à ce travail, un seul milite contre cette assertion ». Il s'agissait d'un épileptique ; c'est tout dire.

L'excitabilité musculaire n'atteint pas la contracture, dit M. Marandon de Montyel ; mais elle est susceptible de passer par tous les degrés pour aboutir à la convulsion clonique généralisée. A cet égard, les faits par lui observés se rangent en six catégories. Dans la troisième catégorie se trouvent les *contractions isolées et momentanées d'un muscle ou d'un groupe de muscles...* « A la langue, gêne considérable, et même *impossibilité de la parole* chez presque tous ceux atteints. »

Si je rapproche cette observation de celle de M. Chambard au sujet de la paralytique générale qui, à son réveil

du sommeil chloralosique, avait éprouvé un grand embarras de la parole, il m'est permis de douter de la valeur de ce phénomène, comme élément de diagnostic de la paralysie générale. J'ai fait, du reste, mes réserves à ce sujet.

Après avoir donné un tableau saisissant des tremblements, des convulsions que peut causer le chloralose, l'auteur s'exprime ainsi : « Eh bien, tout ce désordre, d'aspect si effrayant, est, je le répète, absolument inoffensif; et cela, parce que le cerveau n'est pas touché dans ses parties vitales, parce que le cœur ne faiblit pas, se relève au contraire... N'empêche que cette hyperexcitabilité musculaire, déterminée par la substance, tout inoffensive qu'elle est, crée de grandes difficultés à son emploi thérapeutique, car, dans la pratique courante, on ne peut exposer les malades à de tels accidents. Or, avec les doses élevées, ils sont fréquents; et, avec les doses modérées, ils sont encore possibles. »

Nul plus que moi n'est sympathique aux essais et aux innovations thérapeutiques; je salue — ne serait-ce que par politesse — tout remède nouveau; mais j'ai hâte de savoir où, à côté du bien, est le mal. Toute médaille a son revers; ce revers ne fait pas, quand même, jeter la médaille dans un crenset pour en opérer la fusion. Aussi, si je crois à l'utilité du chloralose, je crois à ses inconvénients; et c'est sans parti pris que je les signale.

D'ailleurs, en continuant la lecture, je trouve, sous forme de résumé, « que les troubles musculaires sont loin d'être toujours proportionnés aux doses. C'est ainsi que nous avons eu de grandes crises convulsives généralisées avec 45 centigrammes, et aucune avec 70 centigrammes. De même, c'est avec seulement 30 et 45 centigrammes que se sont développées les secousses musculaires de tout le corps. Nos expérimentations ne sauraient donc laisser aucun doute sur la part énorme

prise par les idiosyncrasies des sujets dans la production de ces phénomènes, et ce résultat n'est guère encourageant, car ces idiosyncrasies ne peuvent pas être prévues ; *de là, semble-t-il, la nécessité de toujours tâter l'économie, et de débiter par des doses faibles.* Ensuite, notre résumé montre encore que la manifestation de ces désordres musculaires n'obéit à aucune règle ; tantôt ils vont s'atténuant avec la répétition des doses ; et tantôt s'aggravant ; tantôt les plus graves sont les premiers à se montrer, et tantôt les derniers ; enfin, souvent ils se succèdent, à vingt-quatre heures d'intervalle, différant du tout au tout. Là, encore, impossible de rien prévoir. *Incontestablement, le chloralose est un médicament qu'il convient de manier avec une extrême prudence, car il est plein d'imprévus, imprévus absolument dépourvus de tout danger, je l'ai dit et redit, et je le redis encore ; mais imprévus passablement désagréables et même pénibles pour le malade, effrayants pour son entourage.* »

Dans un style toujours clair, et très souvent imagé, M. Marandon de Montyel relate les nombreuses constatations qu'il a faites sur l'action du chloralose au point de vue de la force dynamométrique, de la température, de la respiration, de la circulation. A cet égard, l'auteur a donné un certain nombre de *tracés* qui parlent aux yeux, et qu'il a fait suivre d'observations d'une grande signification.

M. Marandon de Montyel a résumé, dans trente-trois paragraphes, les recherches et les considérations qu'il a exposées dans son laborieux travail. Malheureusement, ce résumé est trop long pour être cité en entier dans une revue de thérapeutique aussi circonscrite que celle que je fais en ce moment. Je dois me borner, à mon grand regret, aux paragraphes qui ont principalement trait à l'action du chloralose comme hypnotique.

I. — De toutes les actions du chloralose sur l'orga-

nisme, c'est celle sur le système nerveux qui s'est montrée la plus active.

IV. — Le sommeil amené par le chloralose, très rapide à venir, très exceptionnellement précédé d'ivresse, d'étourdissements, de lourdeur de tête ou de céphalée à un degré très modéré, plus souvent, quoique rarement encore, et à un degré plus marqué, mais néanmoins non exagéré, suivi des mêmes malaises, et, en outre, de vue trouble, d'éblouissements, de lassitude, de faiblesse des jambes, incommodités très variables aux différents jours chez le même malade et ne se produisant pas régulièrement à chaque narcose ; également précédé ou suivi, au contraire, d'un sentiment de bien-être. Ce sommeil, d'une durée de plusieurs heures, même chez les gens qui venaient de dormir, et, partant, n'en avaient nul besoin, a été un sommeil pas trop profond, facile à interrompre, mais calme du côté psychique, sans aucun rêve.

XIII. — L'action excitante, constituée par de l'hyperexcitabilité musculaire, n'est arrivée qu'une fois à la contracture. Les autres fois, elle s'est montrée aux six degrés suivants, à l'état isolé ou combiné : 1° tremblements ; 2° contractions fibrillaires des muscles ; 3° contractions isolées d'un muscle ou d'un groupe de muscles ; 4° contractions de tous les muscles d'un membre ou d'une région du corps ; 5° contractions brusques des muscles du corps à forme de sauts ; 6° grandes crises de convulsions généralisées ; tous troubles dont l'apparition, par rapport à la gravité, n'a été soumise à aucune loi, ni la succession à aucun ordre.

XX. — Le chloralose s'est montré capable de régulariser un pouls extrêmement irrégulier, et il est arrivé que la diminution du nombre des pulsations déterminée par la substance persistait encore le lendemain au réveil, et même était plus accusée que la veille.

XXV. — L'accoutumance à l'action thérapeutique du

chloralose, sédatif et hypnotique, a été très rapide à s'établir et a résisté à toutes les augmentations de doses. De même, les troubles antérieurs, ou consécutifs au réveil, se sont atténués et ont disparu rapidement avec le temps. Malheureusement, l'immunité à l'hyperexcitabilité des muscles a été beaucoup plus longue à obtenir, et beaucoup plus incomplète ; et il est incontestable qu'alors que le remède n'agissait plus en tant que médicament, il était toujours apte à amener l'agitation musculaire.

XXVI. — A mesure que s'est émoussée l'action sédatif du chloralose par accoutumance, l'action excitante s'est, au contraire, accrue de telle sorte qu'avec le temps, loin de calmer les malades, le médicament semblait plutôt les agiter.

XXVIII. — Les doses faibles ont mieux réussi, comme hypnotiques, que les doses fortes.

XXX. — L'action physiologique du chloralose n'a pas été modifiée par les divers modes d'administration.

XXXIII. — Les effets thérapeutiques du chloralose ont été beaucoup plus prompts à se montrer que les effets d'hyperexcitabilité musculaire ; ceux-là, sédation et sommeil, ont toujours précédé ceux-ci.

Doses et modes d'administration. — J'ai dit que, d'après M. Houdaille, le chloralose se donne à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 par jour, en deux cachets. Cette dose me paraît être un minimum, bien qu'il soit sage de ne pas la dépasser au début. M. Bocquillon-Limousin (1) la porte de 0 gr. 30 à 0 gr. 60. M. Féré a encore été plus loin ; il a prescrit, comme on l'a vu plus haut, le chloralose à des hystériques et à des épileptiques jusqu'à

(1) Bocquillon-Limousin. *Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles*. Paris, 1895.

1 gr. 75, 2 grammes et même 2 gr. 25. M. Chambard a varié les doses de 0 gr. 25 à 1 gr. 50. M. Marandon de Montyel ne semble pas avoir dépassé 0 gr. 70 ; et, dans ses expériences, les doses faibles ont mieux réussi que les doses fortes.

C'est sous forme de cachets que le chloralose est généralement administré.

(*A suivre.*)

Législation

—

DES

MESURES LÉGISLATIVES

CONTRE

LES DITS DÉLINQUANTS "IRRESPONSABLES" ⁽¹⁾

Par le D^r Gilbert BALLET

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'article 64 du Code pénal français dit qu'il n'y a « ni crime ni délit si le prévenu était en état de *démence* au temps de l'action ». Le mot *démence* dans le langage judiciaire est pris, on le sait, dans une acception beaucoup plus générale que dans le langage médical : il s'applique à tous les états mentaux pathologiques qui sont de nature à influencer sur les déterminations de telle sorte que l'inculpé, plus ou moins atteint dans ses facultés, ne jouisse plus de ce qu'on est convenu d'appeler son libre arbitre. « Par *démence*, disent deux jurisconsultes éminents, MM. Chauveau et Faustin Hélie, on doit entendre toutes les maladies de l'intelligence, l'idiotie et la *démence* proprement dite, la manie délirante et la manie

(1) Rapport au V^e Congrès pénitentiaire international (Paris, 1895) sur la question suivante : « Quelles mesures sont à prendre dans l'intérêt de la sécurité sociale contre les délinquants irresponsables ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit (faiblesse d'esprit, aliénation mentale, etc.) ? »

sans délire, même partielle. Toutes les variétés de l'affection mentale, quelles que soient les dénominations que leur applique la science, quelques classifications qu'elles aient reçues, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée. »

La loi a été sage en exonérant des peines afflictives ou infamantes les infirmes ou les malades dont les actes délictueux et nuisibles sont la conséquence de leur maladie ou de leur infirmité cérébrale. Il ne saurait y avoir de contestation sur ce point, et les législations des divers pays, avec quelques différences d'interprétation sur les conditions de « l'irresponsabilité », sont unanimes à proclamer « qu'un acte (comme l'édicte le Code pénal allemand) n'est pas punissable lorsque, au temps de l'action, son auteur était dans un état d'inconscience ou de maladie mentale, excluant la libre détermination de la volonté ».

Mais les aliénés qui bénéficient, en raison de leur état mental, d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement, n'en constituent pas moins d'ordinaire un péril public, et la société a le devoir de se protéger contre le retour des actes offensifs dont ils sont et restent capables.

Malheureusement, la législation n'a pas toujours pris soin de prévoir et de déterminer les mesures qu'il convient de prendre dans ce but. La loi française de 1838 est pour ainsi dire muette à cet égard. Toutefois, l'article 18 de cette loi dit « qu'à Paris le préfet de police et, dans les départements, les préfets ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». A la faveur de cet article, les criminels aliénés sont d'ordinaire, à la suite de l'ordonnance de

non-lien ou de l'acquiescement, mis par l'autorité judiciaire à la disposition de l'autorité administrative qui ordonne le placement d'office dans un asile. Cette manière de faire remédie dans une certaine mesure à la regrettable lacune de notre législation ; mais elle présente de réels inconvénients. L'Administration, en effet, n'étant tenue par aucun règlement formel, devient l'arbitre de la situation. Dans le plus grand nombre des cas, sans doute, elle fait procéder à l'internement de l'inculpé, mais elle n'est pas absolument contrainte de le faire. Si d'aventure l'aliéné est rendu à sa famille, celle-ci peut, il est vrai, le faire admettre dans une maison de santé, mais elle n'y est nullement obligée. D'autre part, la durée de la séquestration, quand elle a lieu, est subordonnée à l'avis du médecin traitant qui reste juge de l'opportunité de la sortie, et comme le relevait mélancoliquement Ambroise Tardieu, « pour peu qu'il s'agisse d'une de ces folies à rémissions plus ou moins complètes, les aliénés les plus dangereux pourront être remis en liberté, et la société ne sera pas protégée contre le retour de leurs déplorables entraînements ».

L'expérience de chaque jour prouve en effet que les garanties légales qui nous protègent contre les aliénés dangereux sont tout à fait insuffisantes, et qu'il y a lieu d'introduire, sur ce point, dans notre législation, des modifications qui s'imposent.

I. — Les mesures que le sonci de la sécurité publique commande de prendre à l'égard des délinquants et des criminels « irresponsables », doivent être subordonnées moins à la gravité de l'acte qui a été l'occasion de la première inculpation ou de la première poursuite, qu'au degré de *nocuité* de l'aliéné, tel qu'il résulte de la considération des caractères cliniques, de la marche et de l'évolution de la maladie mentale sous l'influence de laquelle le malade a accompli son premier méfait. C'est

dire que la détermination de ces mesures (sinon leur application) est, quant à leur nature et surtout quant à leur durée, moins du domaine judiciaire que du domaine médical.

Les fous dangereux se subdivisent en plusieurs groupes : les uns sont des aliénés chroniques dont le délire incurable peut jusqu'au voisinage de la mort faire courir à la société quelque danger ; chez d'autres les troubles mentaux procèdent par crises d'une durée courte ou longue, dans l'intervalle desquelles les malades, revenus à un état normal ou voisin de la normale, cessent de constituer un péril public ; enfin les fous du dernier groupe sont affectés soit d'une maladie mentale transitoire et curable, soit d'un trouble cérébral qui aboutit plus ou moins rapidement à un état de déchéance physique et morale telle que ces malades, après avoir été dangereux, deviennent inoffensifs.

A priori, il semblerait que la protection sociale exigeât l'internement définitif des aliénés du premier groupe, l'internement intermittent de ceux du second et temporaire de ceux du troisième. Il en est ainsi dans la règle ; mais les mesures à édicter sont moins simples qu'il pourrait sembler au premier abord. Il est utile d'entrer à cet égard dans quelques détails.

Le type de *l'aliéné dangereux incurable* est représenté par les malades affectés de cette forme de délire de persécution qu'on désigne sous le nom de *délire de persécution à évolution systématique*. Il s'agit là d'une maladie à marche lente et progressive dont la durée peut embrasser quinze, vingt et trente ans, qui débute par une période d'inquiétude à laquelle fait suite celle des idées de grandeur. Aux trois phases de sa maladie, le persécuté chronique est un aliéné essentiellement dangereux ; c'est surtout au cours de la seconde qu'obsédé par les hallucinations de l'ouïe et par l'idée malade qu'on

l'épie, qu'on le tourmente, qu'on commet sur lui les maléfices les plus divers, il se livre, dans un but de défense ou de vengeance, à des attentats sur les personnes. Même à la troisième période, alors que les idées ambitieuses tendent à se substituer aux idées de persécution, il arrive qu'il frappe ou qu'il tue. L'expérience a appris combien sont redoutables les aliénés de cet ordre : aussi serait-il à souhaiter qu'il fût possible, par mesure préventive, d'intervenir près des familles pour les obliger à placer leurs malades dans des conditions telles qu'ils ne puissent être nuisibles. On attend trop souvent pour le faire qu'un crime ait été commis ; c'est alors qu'après la justice qui se dessaisit, l'Administration intervient et procède à l'internement de l'aliéné. Cet internement doit, dans la règle, être définitif : la clinique nous apprend en effet que, dans ce cas, le désordre mental est chronique et progressif ; les rémissions, qu'on observe quelquefois, sont d'ordinaire plus apparentes que réelles ; et le malade souvent dissimule assez adroitement ses idées fausses pour donner l'illusion de la guérison. On ne doit pas s'y laisser prendre, et on peut poser en principe que le persécuté chronique est et reste dangereux du jour où il se met à délirer.

Les *persécutés persécuteurs* (type Falret) qui diffèrent des précédents en ce qu'ils n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe et en ce que leur délire n'est pas évolutif, sont aussi (comme les *maniaques raisonnants* qui s'en rapprochent) des aliénés incurables. L'homicide est moins souvent leur œuvre que celui des malades précédents ; néanmoins, ils se laissent aller à des insultes, à des accusations mensongères, quelquefois à des voies de fait plus ou moins graves qui les rendent passibles de la police correctionnelle ou même de la cour d'assises. Qu'il y ait crime, délit ou simple esclandre, dans une foule de

cas l'internement du persécuté persécuteur, comme celui du maniaque raisonnant, s'impose. Toutefois, on ne saurait ici poser en principe, comme lorsqu'il s'agit des persécutés chroniques hallucinés, que la séquestration doit être définitive. Il se produit quelquefois, chez le persécuté persécuteur, surtout sous l'influence de l'isolement, des périodes de rémission et d'accalmie qui autorisent à se relâcher d'une contrainte rigoureuse. On devra tenir compte de la gravité des actes qui auront motivé la séquestration, quand il s'agira de peser l'opportunité de la sortie au moins temporaire et provisoire. On hésitera beaucoup moins, cela se conçoit, à rendre à la vie commune un maniaque raisonnant qui sera signalé simplement par des bizarreries d'allures, des accusations fausses, des agressions non suivies de sérieuses voies de fait, que celui qui aurait commis un grave attentat sur la personne. Il y aura toujours, dans l'appréciation du degré de nocuité possible de l'interné, de réelles difficultés qu'aura souvent peine à lever la plus minutieuse et la plus attentive des expertises.

Certains *imbéciles* ou *débiles* à instincts pervers sont enclins à commettre des vols, des outrages publics ou des attentats à la pudeur, des tentatives de meurtre ou des meurtres. Il s'agit ici d'un état congénital et incurable : les mesures protectrices que cet état commande, doivent être continues et définitives.

Les *obsédés* et les *impulsifs* doivent être considérés comme appartenant à la catégorie des aliénés chroniques que nous étudions : tels sont les kleptomanes, certains impulsifs à tendances homicides, les pyromanes, les individus à perversions génitales (exhibitionnistes, invertis génitaux, coupeurs de nattes, etc.). Dans la règle, en effet, les obsédés sont et restent obsédés à des degrés divers toute leur vie. Toutefois, les obsessions sont sujettes à des exacerbations et aussi à des accal-

mies au cours desquelles les malades peuvent cesser d'être dangereux. Dans ces conditions, il paraît humain de ne pas imposer la séquestration à ces malheureux quand l'amélioration, en général, il est vrai, transitoire, de leur état autorise à y mettre terme provisoirement.

En résumé, en ce qui concerne les aliénés chroniques, les uns, à la suite des délits ou crimes qui ont provoqué l'intervention de la justice, doivent être internés à titre définitif; d'autres pourraient, en raison des périodes d'accalmie qui se montrent dans leur état, bénéficier d'une certaine tolérance et être temporairement rendus à la liberté.

Le deuxième groupe d'aliénés délinquants ou criminels comprend, nous l'avons dit, ceux chez lesquels l'affection mentale procède par crises dans l'intervalle desquelles le malade revient à l'état normal ou à un état psychique voisin de la normale.

En tête de ce groupe figurent les *épileptiques*. C'est, on le sait, à la suite d'une attaque de grand mal, de vertige ou d'absence, que ces malades commettent les délits ou les crimes qui les amènent devant la justice. En dehors de la période de délire, ou mieux de condition seconde, qui précède, suit ou constitue la crise, l'épileptique cesse d'être un aliéné. L'irritabilité de son caractère peut bien encore l'exposer à des accès de colère et à des mouvements de violence : dans ce cas la responsabilité (ou du moins ce qu'on baptise ainsi) ne saurait être considérée comme abolie, car le comitial n'obéit plus à des mobiles purement pathologiques; mais elle doit être tenue pour atténuée, car le fonds maladif influence les réactions qui, dans le cas particulier, sont provoquées par des mobiles vulgaires. Nous aurons à revenir plus loin sur les crimes commis dans ces conditions spéciales.

Toujours est-il que l'imminence toujours menaçante et

le retour inopiné des crises obligent en général à prendre à l'égard des épileptiques « criminels » des mesures de protection permanente, malgré le caractère essentiellement intermittent des attaques. Toutefois, on peut concevoir des crises suffisamment éloignées, des accalmies survenues sous l'influence de l'âge ou du traitement, qui autorisent à se relâcher d'une rigueur excessive et à rendre, temporairement au moins, les malades à la liberté. C'est là, question d'espèce, et on ne saurait, ce nous semble, édicter, comme à propos des persécutés chroniques, une règle uniforme applicable à tous les cas.

Il en est de même des individus affectés de folie intermittente, des dégénérés sujets à des poussées transitoires de délire, notamment de délire des persécutions.

Les alcooliques font aussi partie de ce groupe. Nous faisons allusion, bien entendu, aux seuls alcooliques délirants, qu'ils soient atteints d'alcoolisme aigu ou subaigu. Les gens en état d'ivresse accidentelle, les ivrognes d'habitude, les individus entachés d'alcoolisme chronique, mais chez lesquels l'intoxication ne va pas jusqu'au délire ou n'a pas amené un affaiblissement des facultés incompatible avec le discernement de la portée et de la gravité des actes, ne sont pas, lorsqu'ils commettent des délits ou des crimes, tenus pour irresponsables, et par suite ne sauraient figurer dans la catégorie d'aliénés que nous envisageons. Il en est tout autrement des buveurs qui, sous l'influence d'un surcroît d'excès ou de circonstances accidentelles diverses, sont pris d'hallucinations auxquelles ils obéissent aveuglément : ceux-là sont de véritables aliénés, par suite irresponsables de leurs actes. Chez eux les troubles sont d'ailleurs d'une durée relativement courte, variant de quelques jours à quelques semaines. Ce qui les autorise à les rapprocher des épileptiques et des intermittents,

c'est la tendance qu'ils ont d'ordinaire à retomber dans leurs premiers excès le jour où, après la guérison, ils sont rendus à la liberté. Mais les mesures qui les visent sont d'un ordre un peu spécial : elles se rapportent à la création d'asiles pour alcooliques et buveurs. Le jour où la législation aura rendu possible la fondation de semblables asiles, les alcooliques criminels y trouveront naturellement leur place et y seront d'autant plus rigoureusement maintenus qu'ils se seront montrés plus dangereux au cours de leur période de délire. Faudra-t-il alors y interner d'une façon définitive tout malade qui se serait rendu coupable d'un acte grave ? Nous ne pensons pas qu'on puisse faire à cette question une réponse purement affirmative ou purement négative. Le jour où il serait démontré que l'alcoolique est guéri non seulement de son délire, mais de son appétence pour les boissons fortes, il n'y aurait aucune raison pour le maintenir enfermé, quel qu'ait été l'acte qu'il ait antérieurement commis sous l'influence de la folie toxique, dont on aurait, dans l'hypothèse où nous nous plaçons, de bonnes raisons pour ne pas appréhender la récidive.

Les considérations qui précèdent sont applicables aux autres catégories d'intoxiqués délinquants, notamment aux cocaïnomanes.

Il nous reste à parler des aliénés curables comme les mélancoliques et de ceux que les progrès de leur affection mentale transforment d'aliénés nuisibles et dangereux en aliénés inoffensifs : tels sont les paralytiques généraux et les individus affectés de lésions cérébrales circonscrites. Quand, au cours ou au début de leur maladie cérébrale, les malades de ce groupe ont commis des actes répréhensibles ou criminels, la séquestration s'impose. Mais on conçoit qu'elle ne saurait être obligatoirement prolongée au delà du moment où, par suite de

guérison ou de démence avancée, la nocuité n'existe plus.

La revue rapide qui précède a en moins pour but d'indiquer toutes les éventualités cliniques en présence desquelles on peut se trouver dans la pratique, que de montrer combien il serait peu conforme à la justice et aux saines exigences de la sécurité sociale d'adopter une règle de conduite uniforme et toujours la même à l'égard de tous les aliénés délinquants ou criminels. Mais les distinctions à établir visent moins les mesures à prendre à l'époque où l'internement à l'asile d'un aliéné dangereux sera démontré nécessaire, que celles relatives à la sortie temporaire ou définitive quand l'opportunité de la mise en liberté devra être envisagée : nous aurons dans un instant à revenir sur la question.

II. — Un premier point étant admis, à savoir la nécessité pour la société de se protéger contre les aliénés dangereux, il nous reste à rechercher quels sont les meilleurs voies et moyens pour atteindre ce but.

Nous n'avons à nous préoccuper que des mesures à prendre à l'égard des aliénés délinquants ou criminels. Toutefois, il nous sera permis de faire observer que, s'il est bien d'aviser quand le crime ou le délit a démontré péremptoirement la nocuité du malade, il serait mieux encore d'intervenir avant qu'ait été commis un premier délit ou un premier crime. Nous avons rappelé plus haut les pouvoirs que la loi de 1838, par son article 18, confère aux préfets dans les départements et au préfet de police à Paris. D'autre part, l'article 19 de cette même loi dit : « qu'en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires. » Mais en fait, l'Admi-

nistration n'intervient (et il est difficile qu'il en soit autrement) qu'an cas où il y a eu de la part du malade esclandre, bruit, voies de fait. Or, la prudence et le soin de la sécurité publique commanderaient, ce nous semble, qu'on n'attendît pas le « commencement d'exécution ». Quand des signes cliniques manifestes ont révélé le danger que l'aliéné fait courir à l'entonrage, des mesures de surveillance devraient être imposées aux familles. Lorsque celles-ci diffèrent l'internement ou s'y refusent, ce devrait être sous leur propre responsabilité. A ce propos, je crois devoir citer ici deux articles du projet de loi relatif aux aliénés, présenté par M. Depretis, alors Président du conseil, à la Chambre des députés italienne : ils répondent à la préoccupation que je viens d'indiquer ; aussi serait-il désirable qu'ils trouvassent place dans les législations des divers pays et notamment dans celle qui, en France, est en préparation.

« Art. 11. — Les parents d'un aliéné dangereux qui ont l'intention de le faire traiter dans son domicile, et le médecin traitant, sont obligés de présenter une demande au procureur du Roi..., en prouvant que les moyens qu'ils se proposent d'employer sont de nature à éloigner tout danger pour le malade et pour autrui.

« Le procureur du Roi prend les informations nécessaires, et lorsqu'elles sont rassurantes, il provoque devant le tribunal... l'autorisation de traiter l'aliéné dans son domicile.

« Dans le cas contraire, il enjoint de prendre d'autres mesures de précaution que celles indiquées dans la demande, ou bien il prescrit le placement de l'aliéné dans un asile public ou privé.

« Art. 12. — Même dans le cas où il s'agit d'aliénés tranquilles, traités à domicile, les proches parents, le médecin traitant, sont obligés d'en faire la déclaration à l'autorité de sûreté publique dans le délai maximum

d'un mois après la première manifestation de la maladie.

« L'omission de la déclaration, tant de la part du proche parent que de la part du médecin traitant, sera punie d'une amende de 50 à 1,000 francs (1). »

Ces articles prêtent sans doute à certaines objections : nous pensons notamment qu'en ce qui concerne la sanction, il serait préférable de substituer à l'amende dont le projet de loi fait mention pour le cas de non-déclaration, une peine sévère et une indemnité pécuniaire aux personnes lésées quand l'aliéné, à propos duquel on aurait négligé les formalités prescrites, aurait commis un acte nuisible.

Mais nous n'avons pas à nous étendre sur ce sujet. La question que nous avons à envisager est uniquement celle des mesures à prendre à l'égard des aliénés qui se sont déjà rendus coupables d'un délit ou d'un crime. Le délit ou le crime constituent dans ce cas la preuve péremptoire de la nocuité des malades et de la nécessité qu'il y a de pourvoir à leur internement au moins temporaire. Nous avons fait ressortir l'insuffisance, à ce point de vue, des prescriptions légales actuelles. Aussi pensons-nous qu'il y a lieu de suivre le Sénat dans la voie où il s'est engagé en adoptant l'article 47 du projet de loi sur les aliénés, qui lui a été soumis en 1886. Cet article est ainsi conçu : « Est mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé dans un établissement d'aliénés, dans le cas où son état mental compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou sa propre sûreté, et après de nouvelles vérifications, si elles sont jugées nécessaires :

« 1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été considéré comme irresponsable et a été l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu ;

(1) A. Motet. Considérations sur le projet de loi concernant les aliénés en Italie, in *Ann. médic.-psychol.*, novembre 1884.

« 2° Tout prévenu poursuivi en police correctionnelle qui a été acquitté comme irresponsable à raison de son état mental ;

« 3° Tout accusé ou prévenu poursuivi en cour d'assises ou en conseil de guerre, qui a été l'objet d'un verdict de non-culpabilité, s'il résulte des débats qu'il était irresponsable à raison de son état mental.

« Dans ces cas, l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement, et en cas de verdict de non-culpabilité, la cour d'assises, par un arrêt spécial, renvoient l'inculpé, le prévenu ou l'accusé devant le tribunal, en chambre du conseil, qui statue comme il est dit au paragraphe 2 de l'article 19. »

Voici le texte du paragraphe visé : « Le tribunal statue d'urgence, en chambre du conseil, sur le maintien ou la sortie de la personne placée.

« Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médico-légale. »

L'article 37 ajoute, d'ailleurs : « Jusqu'à la décision du tribunal, l'individu présumé aliéné est retenu dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 40. »

Ces dispositions adoptées par le Sénat et auxquelles s'est rallié le Conseil supérieur de l'assistance publique, nous paraissent fort sages. L'intervention de la magistrature dans le placement d'office des aliénés dangereux constituerait, à notre avis, un réel progrès. C'est, ce nous semble, en vertu de notions fausses et de préjugés métaphysiques qu'on a enlevé aux magistrats la compétence en ce qui regarde la séquestration des aliénés criminels, et qu'on a limité leur sphère d'action aux criminels dits responsables. Qu'on le veuille ou non, la préoccupation du *degré de nocuité* des individus dangereux tend de plus en plus à se substituer dans les déci-

sions de la justice à celle vaine et hypothétique de la *responsabilité*. Le jour où il est établi qu'un aliéné fait courir quelque péril aux personnes qui l'entourent ou à leurs biens, cet aliéné doit être, sinon au point de vue moral et pénal, du moins au point de vue de la protection sociale, placé sur le même pied que le criminel. Or, si l'Administration et la police ont la charge de prendre les premières mesures que commande la sécurité publique, c'est à la magistrature qu'incombe la tâche d'ordonner, en vertu des lois, celles plus durables et d'une efficacité plus prolongée que réclame la tranquillité sociale. Au reste, cette manière de voir semble, à l'heure actuelle, s'imposer un peu partout. C'est ainsi que dans le projet de loi italien, auquel nous avons déjà fait allusion, nous trouvons un article 30 ainsi conçu : « S'il s'agit d'inculpés de délits graves, spécialement dans le cas de récidive, lorsqu'il est intervenu en faveur de ces inculpés, en raison d'un vice d'organisation mentale, soit un acquittement; soit une ordonnance de non-lieu, le tribunal ou la Cour pourra ordonner qu'ils soient internés dans l'asile criminel, alors que les conclusions du rapport de deux médecins aliénistes au moins, auront établi qu'ils présentent un véritable danger pour la sécurité publique, en raison de leur infirmité mentale congénitale ou acquise et permanente. » Le mot permanente nous paraît être ici de trop, car les maladies mentales contre lesquelles il y a lieu de se défendre sont quelquefois, comme nous l'avons montré, transitoires et curables ou intermittentes. A ce détail près, le législateur italien, comme le législateur français d'ailleurs, nous semble avoir été inspiré par les plus sains principes en chargeant le médecin (seul compétent sur ce point) de reconnaître la folie, et le magistrat d'ordonner les mesures que la folie dangereuse comporte.

III. — Mais ces mesures, pour les raisons que nous

avons précédemment indiquées, ne sauraient être, dans tous les cas, définitives. Si le légitime souci de la protection sociale commande d'interner les aliénés dangereux, l'humanité exige que ces aliénés soient rendus à la liberté le jour où, par suite d'une amélioration ou d'une modification de leur état mental, ils ne sont plus à redouter.

Dans de telles conditions, quelles seront les formalités qui devront être remplies en vue de l'autorisation de sortie et à qui incombera la mission de décider la mise en liberté ?

Actuellement en France, en vertu de l'article 20 de la loi de 1838, c'est le préfet qui, dans le cas de placement d'office, ordonne la maintenance dans la maison de santé ou la sortie. Il le fait sur le vu des rapports rédigés par le médecin traitant et aussi par les médecins inspecteurs nommés par lui. En fait, c'est l'avis du médecin traitant qui, d'habitude, est décisif, et, suivant les idées qui le guident, il peut être ou rigoureux ou tolérant à l'excès. Aussi voit-on certains malades systématiquement retenus par les médecins que domine l'appréhension des récidives, être remis en liberté aussitôt après leur transfert dans un autre asile ou même dans un autre service du même asile. En réalité, les problèmes que soulève dans la plupart des cas l'opportunité de la maintenance ou de la sortie d'un aliéné criminel sont tellement délicats qu'il y a inconvénients et danger d'en demander la solution au seul médecin traitant. La loi et les usages font actuellement peser sur lui une responsabilité dont il ne demanderait, nous en sommes convaincu, qu'à se décharger. Voilà pourquoi il nous paraîtrait sage et opportun de soumettre les malades à l'examen d'une commission médicale, dont le médecin traitant pourrait faire partie, tout au moins à titre consultatif, et qui, après enquête approfondie, déciderait si l'amélioration

de l'état mental est suffisant pour qu'on puisse sans péril rendre l'aliéné à sa famille.

Mais on conçoit que cette commission médicale ne pourrait avoir pour mission que d'émettre un avis : la magistrature étant intervenue pour ordonner l'internement, c'est à elle seule qu'il appartiendrait d'y mettre fin d'une façon temporaire ou définitive. Hâtons-nous d'ajouter que le projet de loi italien et la loi française votée par le Sénat donneraient en partie satisfaction aux vœux que nous venons de formuler. Les aliénés criminels, dit le projet italien à l'article 30, « seront retenus (à l'asile) jusqu'à ce que le tribunal ou la Cour, sur la proposition du directeur, l'avis du médecin traitant de l'établissement, et s'il y a eu lieu, l'avis d'autres médecins aliénistes, aura reconnu qu'ils peuvent être sans danger rendus à la liberté ». Quant à la loi sénatoriale française, l'article 39 est ainsi conçu : « Lorsque la sortie de l'un des aliénés internés en vertu de l'article 37... est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'interné est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non légitimement suspect de rechute.

« La demande et la déclaration susdites, accompagnées de l'avis motivé du médecin inspecteur, sont déférées de droit au tribunal qui statue en chambre du conseil.....

« La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée conformément aux dispositions prescrites par les articles 15 et 28 de la présente loi. »

Cet article est très sagement conçu et nous paraît mériter approbation.

IV. — Après avoir énuméré les mesures qui nous semblent indiquées à l'égard des aliénés criminels, et les formalités qui, suivant nous, doivent être remplies à l'occasion de l'internement ou de la mise en liberté de cette catégorie de délinquants, il nous reste à examiner dans quelle sorte d'établissements la séquestration doit avoir lieu.

On a proposé pour les aliénés criminels la création d'asiles spéciaux.

« L'État, dit l'article 38 de la loi votée par le Sénat, fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où sont conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, les aliénés mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'article 37. »

Sur cette question, les aliénistes sont très divisés. M. Blanche dans son rapport sur les projets de réforme de la loi de 1838, lu à l'Académie de médecine le 22 janvier 1884, se prononçait nettement en faveur « de la création d'un ou plusieurs asiles d'État pour les aliénés dits criminels ». Au Congrès de médecine mentale tenu à Paris en 1889, M. le D^r Brauet, médecin de l'asile d'Évreux, émettait une opinion analogue. Toutefois le Congrès, après avoir entendu les objections présentées par divers membres, notamment par M. le D^r Bourneville, médecin de Bicêtre, fut d'avis qu'il n'y avait pas lieu d'enfermer les aliénés criminels dans un asile spécial.

Avant de se prononcer sur ce point, il importe d'établir une distinction entre les criminels devenus aliénés au cours de leur détention et les aliénés dits criminels. Les premiers sont et restent des criminels dans le sens juridique du mot : l'aliénation, lorsqu'elle se déclare, n'est chez eux qu'un incident ou du moins un accident

secondaire. Ces malades, pendant, comme avant et après leur maladie, sont marqués d'une sorte de tare morale; on conçoit dès lors que leur mélange aux pensionnaires habituels des asiles soit de nature à éveiller chez ces derniers et surtout chez leurs parents des susceptibilités après tout légitimes. Aussi y a-t-il lieu de placer cette catégorie de malades dans des établissements qui constitueront une sorte d'annexe de la prison, mais où ils seront assurés de trouver avec la surveillance les soins que réclame leur état. Les asiles-prisons comme Broadmore en Angleterre, Gaillon en France, répondent au desideratum.

La situation, au moins morale, des aliénés dits criminels est tout autre. Chez ces derniers le délit ou le crime ne sont que des incidents de leur état morbide : l'aliéné criminel est un malade, rien qu'un malade. Les raisons qui pourraient porter à l'éliminer de l'asile où sont reçus les autres aliénés, ne peuvent être que des raisons d'ordre intérieur. On fait valoir, en effet, en faveur de la création d'asiles spéciaux, la nécessité où l'on se trouve d'exercer une surveillance particulière sur les malades qui se sont révélés dangereux, et la facilité plus grande qu'on aurait pour le faire dans les asiles-prisons. A cet argument les adversaires de l'asile spécial en opposent d'autres qui ne manquent pas de valeur. M. Bourneville, rapporteur de la commission nommée par la Chambre des députés pour examiner le projet de loi voté par le Sénat, a résumé ces derniers de la façon suivante : « Nous ne voyons pas de raison sérieuse, dit-il, pour séparer les aliénés dits criminels, des aliénés ordinaires. Ce sont des malades qui, sous l'influence de leur délire, ont commis des actes pour lesquels ils ont été reconnus irresponsables. Ils ont droit, par conséquent, d'être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leur département.

« Les placer dans les asiles nationaux, ce serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation d'une manière imméritée. Leur nombre, d'ailleurs, est très restreint, et si nous avions pu nous procurer le chiffre exact, on trouverait là un argument capital contre la création qu'on propose. Un reste, les partisans de cette création semblent l'avoir compris, car ils demandent que ces asiles soient en même temps affectés aux aliénés reconnus très dangereux.

« Nous voyons à cette pratique de graves inconvénients. En effet, il est à craindre que les médecins ne se laissent entraîner, par les surveillants ou les religieuses, à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence.

« Tous les asiles possèdent des quartiers de cellules destinés précisément aux malades de cette catégorie et à tous ceux qui exigent une surveillance particulière.

« On a même cherché à créer dans les asiles un quartier où la surveillance et les installations sont encore plus complètes que dans les quartiers d'agités. C'est, entre autres, ce qui a été réalisé à l'asile public de Saint-Robert, près Grenoble. Or, ce qui a été fait avec succès dans cet asile peut être réalisé partout. »

Nous ne pensons pas, en effet, que les aliénés criminels soient plus difficiles à surveiller que les maniaques, les alcooliques aigus, les persécutés et même certains mélancoliques. Or, on n'a pas, croyons-nous, l'intention d'évacuer ces derniers hors des asiles ordinaires : rien ne s'oppose, dès lors, à ce qu'on y garde les aliénés criminels. Il ne nous semble y avoir aucune raison sérieuse, ni d'ordre moral ni d'ordre matériel, pour créer à l'usage de ceux-ci un ou plusieurs établissements spéciaux.

V. — Il n'en est pas de même pour une catégorie de délinquants dont il nous reste à parler, et dont la place,

à notre avis, n'est pas plus à la prison qu'à l'asile. Les délinquants dont il s'agit sont une cause de continuel embarras pour les médecins experts comme pour les magistrats. Il y a d'ordinaire de grosses difficultés, quand on est en présence d'individus de ce groupe, à concilier les exigences de la sécurité sociale et celles de la justice.

Nous voulons parler de ces déséquilibrés à tendances perverses qu'on désigne assez communément sous le nom de *fous moraux*. Lombroso et son école ont rapproché le fou moral du criminel-né. Quelle que soit la valeur de cette conception au point de vue anthropologique, il n'en subsiste pas moins que le fou moral ressortit manifestement à la psychologie morbide. Ses antécédents héréditaires ou personnels, la déséquilibre non douteuse de ses facultés, quelquefois une débilité mentale évidente, des tares physiques assez communes, tout autorise à ranger cette individualité déchue dans le groupe des délinquants pathologiques. Fils ou descendants d'alcooliques, d'épileptiques ou d'aliénés, ayant eu assez souvent des convulsions dans leur enfance, les fous moraux se sont d'habitude fait remarquer, dès l'école ou le collège, par leur inaptitude à se plier à la discipline commune ; ils ont été mauvais élèves, insubordonnés, incapables d'études régulières. menteurs, dissimulés et vicieux, ils ont souvent fait pendant l'adolescence un séjour plus ou moins prolongé dans les maisons d'éducation correctionnelle. Arrivés à l'âge adulte, ils deviennent des chevaliers d'industrie ; très aptes à délirer et fréquemment adonnés aux excès alcooliques, ils sont souvent, au début et au cours de leur carrière de délinquants, temporairement internés dans un asile à l'occasion d'un accès de *delirium tremens*, de folie alcoolique subaiguë ou d'excitation maniaque survenue à la suite d'excès. Le jour où le médecin

légiste a affaire à eux, il se trouve d'ordinaire en face d'un inculpé qui n'en est pas à son coup d'essai, dont la vie a été une suite d'aventures, d'incorrections, de vols, plus rarement de crimes contre les personnes. L'examen physique montre communément de l'asymétrie faciale, des oreilles mal ourlées, du strabisme ou d'autres malformations. Il n'est pas rare de constater en même temps des stigmates d'hystérie, notamment de l'hémi-anesthésie.

Les délits commis par les gens dont il s'agit, ne l'ont été ni sous l'influence de conceptions délirantes ni sous celle d'hallucinations ou d'impulsions morbides. A moins que la faiblesse d'esprit ne soit très accusée, l'expert ne peut se prononcer en faveur de l'irresponsabilité absolue. Mais comme il se trouve en présence d'individus qui relèvent, à certains égards, de la pathologie par leur hérédité, leurs stigmates physiques, leur déséquilibre intellectuelle, leurs tares morbides de divers ordres, notamment les tares hystériques, il ne peut pas ne pas faire ressortir la signification des troubles qu'il constate. En pratique, cela aboutit d'ordinaire à une condamnation avec atténuation de la peine : on jette en prison ces délinquants pour un temps plus ou moins long, et leur peine terminée, ils reprennent la série de leurs aventures et constituent à nouveau un péril social.

Si par excès d'indulgence la magistrature ou le jury les acquitte, et si l'autorité administrative, s'appuyant sur le rapport de l'expert, décide leur internement, ils deviennent dans les établissements où ils sont placés, des fauteurs de désordre, cherchent à organiser des révoltes, font des tentatives d'évasion qui souvent réussissent. On conçoit que les médecins d'asiles ne reçoivent qu'à contre-cœur de semblables pensionnaires, et il faut dire que ce sont en général ces derniers plus que

les vrais aliénés criminels, qu'ont en vue les partisans des asiles spéciaux.

En réalité, la place du « fou moral » n'est ni à la prison ni à l'asile. Elle n'est pas à l'asile qui est, ou devrait être, un lien de traitement pour les maladies susceptibles d'en recevoir ; elle n'est pas à la prison, car les délinquants que nous visons, ne peuvent être confondus avec les criminels vulgaires, marqués qu'ils sont du sceau pathologique. En les condamnant à des peines afflictives et infamantes, on leur imprime une tache dont ils devraient être exonérés, sans protéger cependant la société d'une façon suffisante, puisqu'à l'expiration de leur peine, ils reprennent dans son sein une place qu'ils sont incapables de tenir. Et cependant, ces individus sont journellement ballottés entre la maison de détention et l'établissement d'aliénés, suivant que le dernier acte par lequel ils se sont signalés a surtout le caractère d'un acte délictueux ou celui d'un acte excentrique.

A notre avis, c'est pour cette catégorie de délinquants qu'il conviendrait d'ouvrir des maisons spéciales intermédiaires à la prison et à l'asile. Ce serait des lieux de détention où la discipline ne pourrait pas être rigoureuse, mais différerait cependant de celle des maisons de réclusion : le travail y serait obligatoire afin de dédommager, dans une certaine mesure, la société des sacrifices qu'elle serait obligée de s'imposer. La séquestration serait ordonnée par la magistrature sur l'avis d'une commission médicale. En principe, elle serait définitive ; mais on pourrait tenter des sorties à titre d'essai pour ceux de ces déséquilibrés dont les actes n'auraient pas présenté un caractère de gravité exceptionnelle et dont la conduite aurait été satisfaisante.

L'opinion que nous soutenons (1) est d'ailleurs celle

(1) Voir : *Soc. médic.-psych.* in *Ann. méd.-psychol.*, novembre

de beaucoup de criminalistes. Elle a été notamment défendue par M. Garofalo (1) qui s'exprime ainsi : « Sans faire violence à la science, on peut rassurer la société en considérant les monomanes criminels (2), comme des délinquants d'une espèce à part et en indiquant le mode d'élimination qu'il faut employer à leur égard, c'est-à-dire une réclusion indéfinie dans une maison, moitié prison, moitié hôpital, en confiant au pouvoir judiciaire le jugement, la condamnation et le soin de la délibération lorsque tout danger aurait cessé. Ce qui est absurde, à coup sûr, c'est de considérer la demi-folie comme une circonstance atténuante, de sorte que la peine établie par la loi soit infligée, mais que la durée en soit réduite de beaucoup. »

Au reste, des délinquants ou criminels autres que les fous moraux pourraient trouver place dans l'asile dont nous demandons la création : tels seraient certains épileptiques ou alcooliques ayant commis des méfaits en dehors de toute période délirante, responsables par conséquent, mais dont on déclare la responsabilité atténuée à cause des modifications que la névrose ou l'intoxication a imprimées à leur caractère et à leurs réactions passionnelles.

Mais la question, en ce qui touche ces deux derniers groupes de criminels, ne peut être ici qu'effleurée. Elle est subordonnée, en effet, aux mesures d'assistance qui, à l'avenir, pourraient être décidées à l'égard des épileptiques et des alcooliques.

VI. — Il nous reste à dire un mot d'une catégorie de

et décembre 1894, une communication que nous avons faite sur ce sujet et la discussion qui a suivi.

(1) Garofalo. *La criminologie*, p. 314, F. Alcan, 1890.

(2) Il faut prendre ici le mot *monomanes criminels* dans son sens le plus général. Les idées émises par M. Garofalo s'appliquent certainement aux fous moraux.

délinquants, ou plutôt de délinquantes (car il s'agit habituellement de femmes), dont le cas, bien que nettement pathologique, est un peu spécial. Nous faisons allusion à cette forme de vol morbide qui a été bien décrite par Lasègue, sous le nom de vol à l'étalage, et par Legrand du Saulle sous celui de vol dans les grands magasins. Elle est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en détailler ici les caractères. Qu'il nous suffise de rappeler, suivant la judicieuse remarque de Lasègue, que deux éléments interviennent pour la spécifier : 1° l'attraction exercée dans des conditions tout à fait particulières par la marchandise à voler ; 2° l'état intellectuel et moral de la voleuse. D'ordinaire, en effet, on a affaire à des femmes dont l'esprit est mal équilibré, à des nerveuses, comme on dit couramment, plus ou moins sujettes aux manifestations connues de l'instabilité mentale ou de l'hystérie. Les circonstances dans lesquelles le vol est commis, la nature des objets volés, en général de peu de valeur, l'usage nul que la coupable en fait, les antécédents et les habitudes d'honnêteté de cette dernière, les troubles nerveux qu'elle présente souvent, tout autorise à catégoriser les vols dont il s'agit parmi les vols pathologiques.

Une ordonnance de non-lieu est l'aboutissant habituel des inculpations de cet ordre. Et c'est avec raison que la magistrature renonce à infliger une flétrissure judiciaire à une femme jusque-là honnête et probe, dont l'acte tout accidentel a été le résultat de circonstances particulières et d'un état mental nettement, quoique d'habitude légèrement morbide.

En l'espèce, après la première inculpation, les récidives sont rares : le chagrin et la honte qu'occasionne l'enquête judiciaire chez des femmes d'une situation sociale et morale d'ordinaire assez élevée, suffisent, sauf cas exceptionnels, à les prévenir. Point n'est besoin de

recourir, dans ce cas, une fois l'ordonnance de non-lieu rendue, à des mesures spéciales.

CONCLUSIONS.

1° La législation actuelle est insuffisante à protéger la société contre les délinquants criminels déclarés irresponsables pour cause de maladie mentale. Il y a lieu de la modifier.

2° Les délinquants ou criminels pathologiques se divisent en plusieurs groupes : l'internement doit être pour les uns définitif, pour les autres temporaire ou intermittent.

3° Il est à désirer que la magistrature ait à intervenir d'office pour ordonner la séquestration des aliénés criminels reconnus, après enquête médicale, irresponsables et dangereux.

C'est à elle aussi que doit incomber la mission d'autoriser la sortie définitive ou provisoire de l'asile, quand l'enquête médicale l'aura reconnue opportune.

4° Il n'y a pas lieu de créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

5° Mais il serait nécessaire d'avoir un ou des établissements intermédiaires à la prison et à l'asile, pour y interner par jugement les fous moraux et certains autres délinquants ou criminels dont la responsabilité, en justice, est considérée comme atténuée.

Revue critique.

LE

MANUEL DE PSYCHIATRIE

DU PROFESSEUR ÉMILE KRÆPELIN

Par le D^r Georges ILBERG

Médecin de l'asile de Sonnenstein, près de Pirna (Saxe).

Un des critiques les plus distingués de l'Allemagne en ce qui concerne la neurologie et la psychiatrie, dans son compte rendu de la 4^e édition de l'ouvrage de M. Kræpelin (1), qualifie ce manuel le meilleur que nous possédions en ce moment. Le vif intérêt que nos collègues français portent à la psychiatrie clinique, à laquelle notre science doit tant de notables progrès, nous engage à offrir aux *Annales médico-psychologiques* un exposé détaillé des idées du professeur Kræpelin et de sa classification des troubles mentaux, avec l'espérance qu'il sera accueilli avec autant d'indulgence que de plaisir.

Deux mots avant d'entrer en matière. M. Kræpelin est un élève de Wundt, le célèbre représentant de la psychologie physiologique expérimentale à l'Université de Leipzig, et possède lui-même les connaissances les plus étendues en psychologie : à l'aide de procédés de psycho-physique, inventés par lui, il a fait des recherches approfondies sur divers états physiologiques et pathologiques de la vie de l'âme. Les résultats intéres-

(1) *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, von Dr Emil Kræpelin, Professor in Heidelberg. Vierte vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von Ambros. Abel, 1893.

sants qu'il a obtenus sont reproduits d'une façon discrète dans divers chapitres de son manuel. Mais M. Kræpelin est avant tout un fervent disciple du professeur Bernhard von Gudden, le regretté directeur de l'asile d'aliénés de Munich, qui partagea le triste sort de son monarque. L'esprit élevé de Gudden se retrouve en mainte page de ce livre : n'est-ce pas, en effet, cet excellent connaisseur de l'anatomie du cerveau, qui, à l'encontre d'autres savants qui considèrent l'hypothèse spirituelle comme un fait démontré, enseignait que le moment était encore bien éloigné où la science pourrait se permettre d'expliquer anatomiquement les symptômes des maladies mentales ? De même tous les excellents préceptes pratiques de Gudden, relatifs à l'installation des asiles et au traitement des aliénés, se retrouvent vivants en quelque sorte chez le disciple : ainsi l'organisation de quartiers spéciaux pour la surveillance stricte, de jour et de nuit, des malades, suivant les prescriptions de Parchappe en France ; la preuve que les fractures de côtes, les othématômes, le décubitus, bien d'autres accidents encore peuvent presque toujours être évités grâce aux soins prodigués aux malades. Sauf les rares cas de lésions chirurgicales graves chez des agités, les moyens de contrainte de tout genre sont inutiles même nuisibles dans les asiles d'aliénés ; les aliénés malades depuis peu ou agités doivent, autant que possible, garder le lit ; la majorité des aliénés sont faciles à occuper, spécialement à toutes sortes de travaux manuels et agricoles : telles sont les règles généralement admises qui ont été propagées en Allemagne par les médecins de l'école de Gudden et par d'autres encore.

L'élève, transformé en un savant observateur, travaillant d'après sa méthode propre, est devenu avec les années une des sommités de la psychiatrie, en voie de fonder une nouvelle école à Heidelberg.

Les parties qui, à notre avis, présentent le plus d'importance dans ce *Manuel*, si soigné sous tous les rapports, ce sont d'abord la symptomatologie générale, puis la pathologie et enfin la thérapeutique spéciales de la folie. Envisageons le second point en détail.

Comme nous sommes encore loin de posséder des

connaissances suffisantes sur la nature de l'aliénation mentale, il est impossible de formuler des types de maladies mentales à base suffisamment scientifique. Mais même pour répondre aux nécessités de la pratique, il est très difficile de grouper à peu près les matériaux acquis empiriquement, parce que l'état actuel de la science ne nous permet pas de classer les différentes phases de la folie d'après un principe unitaire. Dans un lointain plus grand se trouve reléguée l'idée d'une classification basée sur l'anatomie pathologique. Qu'est-ce que notre science spéciale a gagné jusqu'ici par l'anatomie pathologique? Les troubles somatiques de la paralysie générale peuvent peut-être s'expliquer; nous savons que la destruction de certaines parties du cerveau, de même que leur développement imparfait, peut être la cause de la démence. Quant au substratum anatomique de l'hallucination, de la confusion mentale, de l'excitation maniaque ou de la dépression mélancolique, etc., nous n'en avons aucune notion. Heureusement parmi les recherches récentes on peut citer celles du Dr Nissl, de Francfort-sur-le-Mein, un autre élève de Gadden, qui travaille avec une minutieuse exactitude à une histologie des cellules ganglionnaires du système nerveux central, qui nous promet un progrès sérieux dans la connaissance des états normaux et pathologiques. La psychiatrie suit avec un vif intérêt le développement des recherches sur les proportions du sang dont s'occupe tout spécialement le professeur Alexandre Schmidt, de Dorpat-Jurjew. De même une chimie du cerveau pourra nous apporter des explications de grand prix. Mais, pour le moment, tout cela n'est que de la *musique de l'avenir*.

En ce qui concerne l'essai d'une classification étiologique des psychoses, il faut reconnaître qu'il se heurte à de grandes difficultés. Il y a cependant certains points que nous devons accepter, dont l'influence se fait sentir par des symptômes cliniques caractéristiques; par exemple, les diverses formes d'empoisonnement, certaines maladies du corps, l'épuisement, les violentes émotions morales, et les formes graves de dégénérescence héréditaire. Dans la plupart des cas de folie, les causes du trouble mental nous sont cependant encore complètement inconnues.

Le plus ordinairement on cherche à poser les jalons d'une classification symptomatique des maladies mentales. Dans ce cas, il n'est pas facile de distinguer l'essentiel de l'accidentel et du secondaire ; car souvent les cas les plus hétérogènes se manifestent par les mêmes phénomènes.

Si nous possédions dans les trois domaines indiqués — l'anatomie pathologique, l'étiologie et la symptomatologie, — une connaissance approfondie de tous les détails, chacune de ces trois classifications se trouverait, selon l'avis de Kræpelin, confondue en quelque sorte avec les deux autres pour les choses essentielles. Ces cas morbides produits par les mêmes causes présenteraient toujours les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomo-pathologiques. Mais pour le moment, la classification clinique des troubles psychiques doit s'étayer simultanément sur les trois principes, en tant qu'ils nous sont connus ; mais de plus, elle tiendra compte de toutes les particularités du tableau de la maladie, telles que la marche, la durée, le pronostic. C'est ce que Kræpelin appelle la *méthode clinique*. C'est sur elle que repose la classification. Voici sa manière de procéder : il réunit un grand nombre d'histoires complètes et prises avec soin, de malades observés par lui-même, et les compare entre elles d'après les symptômes les plus importants, leur mode d'origine, leur durée, leur terminaison, et, autant que possible, d'après la cause certaine de la maladie dans ses rapports avec le substratum anatomique. On reconnaît par là que la plupart de ces tableaux de maladie ont souvent une ressemblance photographique et qu'ils se retrouvent toujours et toujours les mêmes d'une façon étonnante. De tous ces cas exactement semblables il constitue un tableau morbide général, disons-nous ; il les réunit en un groupe. Les différents groupes, ainsi formés, ont naturellement plus ou moins d'extension. Plus était grand le nombre d'excellents matériaux cliniques dont l'auteur disposait, mieux il pouvait reconnaître les degrés plus ou moins précis de parenté de tant de petits groupes qui s'étaient formés dès l'abord ; il s'aidait naturellement pour son travail des matériaux publiés par d'autres cliniciens dans les manuels ou dans les journaux. Lors-

que ces groupes ne différaient entre eux que par les nuances imperceptibles, on les classait ensemble dans un groupe plus général; présentaient-ils, au contraire, des différences notables, on les décrivait les uns à côté des autres comme des maladies distinctes. Le tact et la perspicacité, l'activité et l'expérience sont certes les qualités d'esprit indispensables au médecin qui veut contribuer à fonder une classification des maladies mentales; on ne saurait donc disconvenir que l'élément subjectif joue par là même le plus grand rôle dans ces recherches. Pour le moment, il est vrai qu'il n'existe pas d'autre possibilité de classer méthodiquement, dans un manuel, une matière aussi ardue que l'aliénation mentale.

La quatrième édition de l'ouvrage de M. Kræpelin contient beaucoup de choses nouvelles; elle nous donne surtout un aperçu très clair de l'état actuel de la psychiatrie clinique en Allemagne.

Lorsqu'on veut, comme pour les dénominations des maladies du corps, résumer en un seul mot les principales propriétés d'une maladie, on peut employer un terme suffisamment clair pour les cas présentant essentiellement les mêmes propriétés. Cela est vrai aussi pour les maladies mentales. Sous les noms de manie, de mélancolie, de *Wahnsinn*, de délire systématisé (*Paranoia*), Kræpelin n'entend jamais que des groupes généraux nettement délimités, alors que d'autres auteurs ont coutume de réunir sous ces noms des faits morbides très différents entre eux. Où existe-t-il une plus grande confusion que dans la terminologie des maladies mentales? Mieux vaut se taire sur le laisser-aller, la fantaisie des dénominations — du moins en Allemagne. Quant à la littérature, il est bon pour le moment de joindre toujours le nom du clinicien à celui de la maladie dont il parle, afin de bien connaître le sens du terme employé.

Nous voudrions maintenant essayer de donner à nos collègues français un court aperçu de la classification des maladies mentales du professeur Kræpelin. Peut-être opposera-t-on ceci ou cela; peut-être la méthode trouvera-t-elle des objections. L'école de Kræpelin serait enchantée qu'on les fasse connaître, car la vérité ne se fait jour que par la controverse.

Faisons encore ressortir un point, c'est qu'il existe

un nombre assez considérable de cas impossibles à classer aujourd'hui dans la classification suivante; ce sont probablement des cas rares dont on ne trouvera les pendants que lorsqu'on possédera de plus nombreux documents. Peut-être aussi, ce sont là des cas de transition, les anneaux d'une chaîne réunissant d'une façon imperceptible un type au type voisin; peut-être aussi s'agit-il d'un mélange de formes impossibles à analyser dans l'état actuel de la science. Il faut espérer que des monographies complètes sur chaque groupe, apporteront la lumière sur les parties encore obscures de notre vaste science.

**Maladies curables, aiguës et subaiguës, produites
généralement par des causes extérieures et
suivant une évolution déterminée.**

I. — LES DÉLIRES (1).

a). — *Le délire fébrile* (Das Fieberdelirium).

On distingue divers degrés du délire fébrile suivant la prédominance des symptômes d'irritabilité ou de ceux de dépression psychique. Les symptômes d'excitation s'observent surtout dans la variole, la scarlatine, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire; ceux de dépression, dans la pneumonie et la fièvre typhoïde.

Toute la maladie ne dure, dans la plupart des cas, qu'une semaine, et guérit avec la diminution de la fièvre. Parfois le délire fébrile se termine par un affaiblissement mental incurable.

b). — *Le délire toxique* (Das Intoxicationsdelirium).

1. Intoxication par microorganismes sans ou avec peu de fièvre.

Symptômes : Perte de toute connaissance de soi-même, hallucinations confuses, angoisse.

Dans les cas de délire de la rage, dans ceux du début de la fièvre typhoïde et de la variole, la maladie ne

(1) Le « *Delirium* » des Allemands signifie une obnubilation de la conscience avec délire.

de quelques jours, rarement plus d'une semaine. Le pronostic est très grave. — Les états d'excitation délirante qui succèdent aux accès de fièvre intermittente, ne durent que quelques heures. Le pronostic est favorable.

2. Intoxication par poisons non organisés.

Symptômes : Hallucinations très actives, représentations fantastiques, changeantes et bariolées, souvent sentiments de plaisir et états extatiques. Il est très intéressant de faire remarquer que certains poisons ont une action spécifique sur les sphères psychiques, tels le chloroforme, la santonine, l'atropine, le haschich, l'opium, etc.

La durée est de quelques heures à quelques jours. Le pronostic dépend de la gravité de l'empoisonnement.

II. — LES ÉTATS D'ÉPUISEMENT AIGU

(*Die acuten Erschöpfungszustände*).

a). *Le délire du collapsus* (Das Collapsdelirium).

Des causes extérieures profondément nuisibles, telles que des maladies aiguës, des couches, des pertes sanguines, des veilles prolongées, des émotions violentes, peuvent provoquer un épuisement instantané.

Symptômes : Confusion mentale intense, rêvasseries hallucinatoires, profusion d'idées, conceptions délirantes sans suite, humeur changeante, mobilité non raisonnée.

Début brusque : Durée, parfois de quelques heures, le plus souvent de quelques jours, rarement de plus de deux semaines. Terminaison par la guérison ou la mort.

b). *La confusion mentale* (Die akute Verwirrtheit).

Causes semblables à celles du délire par collapsus, mais la catastrophe se prépare plus lentement. La prédisposition héréditaire joue un rôle.

Symptômes : trouble des idées sous la forme de rêvasseries (dans les cas légers, manque de compréhension des choses visibles; dans les cas graves, incohérence

entière de la pensée); profusion d'idées, hallucinations fantastiques et variées, illusions, humeur changeante, légère agitation, arrêts et même paralysies psychomoteurs.

Début après une courte période prodromique. Quinze jours après, le plus haut degré de la maladie est atteint. Profondes rémissions. Terminaison : ou bien guérison lente après environ trois mois, ou bien faiblesse mentale continue au bout d'une année, ou bien encore guérison mais après un état de paralysie psychique de plusieurs mois de durée, ou une démence incurable, ou la mort.

c). La démence aiguë (Die dementia acuta).

Causes : grossesse, accouchement, surmenage continu de l'esprit et du corps, émotions violentes, subites et en particulier la frayeur, maladies corporelles aiguës, etc.

1. Forme maniaque (irritation des centres moteurs [agitation]; paralysie des autres fonctions psychiques).

Symptômes : obscurcissement profond de la conscience, discours incohérents, mobilité des idées, agitation, généralement bonne humeur, actes puérils.

Début aigu. Terminaison : guérison lente après trois mois, ou bien d'abord passage par un état de complète paralysie psychique sans excitation maniaque et enfin, six à neuf mois après le début, guérison ou terminaison par la démence.

2. Forme stupide (paralysie de toutes les fonctions psychiques, y compris les motrices).

Symptômes : obscurcissement profond de la conscience, état général d'indifférence, extérieur apathique.

Après une période prémonitoire de plusieurs semaines, survient un état stupide d'un mois à une année de durée, d'où les malades sortent peu à peu, soit guéris, soit dans un degré d'affaiblissement intellectuel, soit en complète démence.

III. — LA MANIE (*Die Manie*).

Souvent il est impossible de lui assigner une cause extérieure. Les prédispositions héréditaires ou acquises jouent un rôle important. La manie est particulièrement fréquente entre dix-huit et vingt-cinq ans.

Symptômes : agitation motrice générale d'origine centrale, perte de tout sentiment de fatigue. Humeur changeante ; vive surexcitation dans la sphère des sentiments : les passions les plus diverses se produisent rapidement et facilement pour disparaître de même. Mobilité des idées. Le maniaque n'est pas riche d'idées, mais de paroles. Les erreurs de personnes sont fréquentes. Les véritables hallucinations ne font pas partie du tableau de la maladie.

Dans les cas légers, l'évolution de la maladie est rapide ; les symptômes se maintiennent dans un degré modéré pendant quelques semaines ou quelques mois. La guérison se produit peu à peu ; toutefois il subsiste pour l'avenir un grand danger d'une nouvelle maladie mentale.

La forme grave est toujours précédée d'une phase de dépression. Les symptômes morbides d'une rare violence durent de neuf mois à un an avec la même intensité, parfois avec de légères variations. La guérison se produit progressivement, ou bien la maladie se transforme en un état d'invalidité psychique incurable avec symptômes maniaques.

IV. — LA MÉLANCOLIE.

a). La mélancolie simple (Melancholia simplex).

La prédisposition innée ou acquise joue un rôle. Parmi les causes extérieures il faut particulièrement citer les troubles de nutrition chroniques et les émotions morales continues. La maladie éclate spécialement chez les femmes entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans.

Symptômes : Une disposition non motivée à la tristesse est très vivement ressentie. En première ligne se manifestent des idées de culpabilité, et aussi des idées de persécution (la persécution est considérée comme un juste châtiment), des idées hypocondriaques, l'idée d'être ruiné. Monotonie dans le contenu des représentations ; lenteur et difficulté de la pensée. Appréciation logique des conceptions délirantes. Réflexion intacte. Manque d'énergie ; arrêt de l'activité libre. Tentatives de suicide, refus d'alimentation. Les hallucinations et les troubles

continns de la conscience n'appartiennent pas à cette forme morbide.

Début progressif. Durée généralement de neuf mois à un an. Dans le cours de la maladie, fréquentes tendances au mieux ou au plus mal. Convalescence très lente. La guérison est encore possible après des années, ou la maladie peut passer à l' incurabilité. Dans le jeune âge la mélancolie simple doit toujours éveiller des soupçons de périodicité.

b). La mélancolie avec agitation (Melancholia activa).

Se produit surtout de cinquante à soixante-cinq ans. L'hérédité n'y joue qu'un rôle secondaire.

Symptômes : L'anxiété est la caractéristique de la maladie. Les craintes sont sans motifs, ou bien sont accompagnées par des idées de persécution ou de culpabilité. La conscience est plus ou moins troublée. Actes dangereux. Les hallucinations réelles manquent.

Etat prodromique. Marche lente. Durée pour le moins de plusieurs mois. Guérison possible, mais progressive ; la terminaison la plus fréquente est la démence.

c). La mélancolie dépressive (Melancholia attonita).

Comme causes les prédispositions héréditaires et les émotions violentes. Ce sont surtout les hommes entre vingt-cinq et quarante ans qui y sont sujets.

Symptômes : Vive anxiété. Etat d'énorme tension intérieure. Idées délirantes de nature terrifiante, surtout idées d'humilité. Arrêt de la faculté de représentations. Appréciation triste des choses du dehors. Mutisme et immobilité. Violente opposition à tout mouvement passif ; par moments, violents paroxysmes d'agitation. Pas d'hallucination.

Prodromes. Marche très uniforme de la maladie.

La moitié des malades guérissent après une année ou deux ; les autres tombent dans la démence et meurent.

V. — LE « WAHNSINN » (1).

Développement aigu ou subaigu de la psychose. Les idées délirantes ont d'ordinaire des rapports entre elles, mais ne sont pas systématisées ni profondément enracinées dans l'esprit du malade. La conscience n'est pas ou du moins n'est que fort peu troublée. Emotions vives. Le poids du corps diminue dès le commencement de la maladie et augmente vers la fin. Terminaison soit par la guérison, soit par un état de faiblesse mentale secou-daire.

A. — *Hallucinatorischer Wahnsinn* (Le « Wahnsinn » hallucinatoire).

a). — Forme simple. Causes : excès alcooliques répétés, émotions prolongées. Se produit surtout chez les hommes entre vingt-cinq et quarante ans.

Symptômes : Les hallucinations, spécialement de l'ouïe, provoquent et entretiennent un violent délire de persécution qui semble se mouvoir dans le domaine du vraisemblable. Les malades entendent surtout de longues conversations blessantes sur leur compte. Méfiances, craintes ou aussi apathie résignée.

Pronostic généralement favorable ; rarement terminaison par la démence. On peut distinguer des formes aiguës qui paraissent et disparaissent subitement, ne durant que quelques jours à trois semaines, et des formes subaiguës qui ont un début lent et guérissent généralement peu à peu après des mois de durée. Dans ces derniers cas, les hallucinations et les idées délirantes sont plus nombreuses, en même temps qu'existe une plus forte disposition psychopathique.

b). — Forme anxieuse avec stupeur. Comme étiologie, il faut mentionner les prédispositions psychopathiques, des états de dépression morale continue, des causes d'affaiblissement chronique. Vingt-quatre à quarante ans.

(1) Nous croyons devoir conserver pour ce groupe le terme allemand (*Wahnsinn*), qui n'a pas son équivalent dans la nomenclature psychiatrique française. — N. d. l. R.

Symptômes : Agitation continue par suite d'une vive frayeur. Etats de tension anxieuse. Nombreuses hallucinations, surtout de l'ouïe. Innombrables idées délirantes surtout dans le sens de la persécution. La conscience n'est troublée que pendant les périodes paroxystiques.

Explosion subite de la maladie. Au bout de quelques semaines, la forte agitation s'apaise ; puis la maladie traîne en longueur ; le mieux décisif ne se produit qu'après un an, et la guérison a lieu, mais le plus souvent il reste à la suite une faiblesse mentale, admirablement décrite dans le *Manuel* de M. Kræpelin.

c). — Forme progressive. Hérédité. Age : trente à quarante ans.

Symptômes : Pendant des mois, dépression avec hallucinations nombreuses, et idées de persécution absurdes, mais avec une conscience suffisamment claire. Plus tard viennent se mêler aux idées de persécution des idées de grandeur et de la gaieté à la tristesse. En même temps, les conceptions se troublent, les discours dénotent une grande mobilité d'idées, l'agitation et l'irritabilité se font jour.

Après un an ou deux, l'agitation disparaît. Survient alors la guérison, mais incomplète, ou un état de faiblesse mentale avec incohérence et hallucinations (1).

d). — Formes labiles. Les prédispositions psychopathiques et les influences continues d'affaiblissement corporel jouent un rôle. De vingt à trente ans.

1. Prédominance de dépression psychique avec hallucinations et idées délirantes. Subite explosion de paroxysmes maniaques d'une durée de quelques heures à quelques jours. Les discours et les actes sont généralement bien ordonnés.

Guérison, après beaucoup d'alternatives, au bout de six mois à un an.

2. Prédominance d'agitation maniaque. Grande inquiétude, signes d'une grande mobilité d'idées, nombreuses hallucinations, conceptions délirantes changeantes. Au milieu de tout cela se produisent des états de dépression. Les malades savent se diriger et réfléchissent, mais

(1) Probablement M. Kræpelin ajoutera cette forme aux dégénérescences psychiques.

commettent des actes singuliers, sous l'influence des hallucinations et des idées délirantes.

Début très aigu. Marche subaiguë. Ce qui persiste le plus longtemps c'est le fonds maniaque. Durée pour le moins de six mois. Pronostic favorable.

B. — Der depressive Wahnsinn (Le « Wahnsinn » dépressif).

La prédisposition existe toujours, souvent des maladies psychiques antérieures ont précédé. De quarante à soixante ans. Les femmes y sont particulièrement sujettes.

Symptômes : Au milieu d'un certain discernement on voit se manifester des idées délirantes fantasques et contradictoires, en particulier des idées hypocondriaques, de culpabilité, de persécution, ou de négation, auxquelles viennent s'ajouter sans cohésion aucune des idées de grandeurs. Illusions nombreuses. Quelques hallucinations. Etat souvent anxieux, parfois à un haut degré. Lorsque la maladie dure longtemps, il peut se produire des intermèdes de gaieté.

Développement subaigu. Marche très lente. Durée d'un an en général. Le plus souvent se termine par un état d'affaiblissement mental incurable.

Maladies constitutionnelles, incurables à marche chronique, continue ou périodique, dues surtout à des causes internes.

VI. — LES FOLIES PÉRIODIQUES (*Die periodischen Geistesstörungen*).

A. — Formes délirantes.

Les accès sont caractérisés par de la confusion mentale, de nombreuses hallucinations, des idées délirantes sous forme de rêvasseries ; ils sont accompagnés d'une forte agitation motrice.

L'accès a une explosion subite et dure de quelques jours à quelques semaines. Pronostic favorable. Les intermittences sont généralement de deux ans.

B. — Formes maniaques.

a). — La durée de l'intermittence est de quelques semaines. Accès de véritable manie. Explosion subite. Prompte guérison de l'accès. Durée de quelques jours, d'un mois au plus.

b). — La durée de l'intermittence est d'une à quelques années.

1. Accès de manie avec période de dépression prodromique.

2. États de légère excitation maniaque avec complète conservation de la connaissance.

3. Accès où se joignent aux symptômes de la manie des idées délirantes et des hallucinations très accentuées.

Durée des attaques : trois à six mois ou davantage.

C. — Formes circulaires.

Les accès dépressifs sont caractérisés par un simple arrêt des fonctions psychiques, ou par une mélancolie presque typique ou par des états de stupeur hallucinatoire.

Les accès expansifs se présentent sous la forme maniaque typique ; ou sous la forme de manie avec confusion mentale, d'idées délirantes incohérentes et quelques hallucinations ; ou sous forme d'états maniaques avec stupeur ; ou sous forme d'hypomanie.

La folie circulaire peut être continue dans sa marche ; dans ce cas elle dure sans interruption avec une alternative constante d'états dépressifs et expansifs depuis le premier accès jusqu'à la transmission de la maladie. Il peut aussi y avoir discontinuité dans la marche. Alors on voit s'intercaler des intermittences souvent d'une très longue durée (même de quelques années) entre les accès isolés ou après plusieurs accès se suivant coup sur coup.

D. — *Formes dépressives.*

Les accès se présentent sous forme de simple mélancolie de quatre à six mois de durée, ou d'accès de *Wahnsinn* dépressive durant neuf mois, ou encore d'états de simple inquiétude intérieure durant des années.

Les intermittences sont de quelques années.

VII. — LA FOLIE SYSTÉMATISÉE (*Die Verrücktheit. Paranoia*).

Un des points les plus importants de la classification des psychoses de Kræpelin, est que l'on ne comprend dans la folie systématisée (*Verrücktheit. Paranoia*) que les faits et les groupes de faits dans lesquels on voit se développer d'une façon chronique et sur un terrain morbide constitutionnel un délire systématisé continu. Les symptômes somatiques qui accompagnent la maladie sont de peu de valeur. Il n'existe pas d'anomalies permanentes de l'humeur. La réflexion reste intacte. La manière de concevoir la vie est totalement transformée; toute la constitution psychique est changée. La maladie est absolument incurable.

La folie systématisée se développe toujours très lentement et presque imperceptiblement; la période de préparation dure une ou plusieurs années. On voit ensuite les hallucinations, les combinaisons d'une invention fantastique, gagner la plus puissante influence sur toute la manière de penser et d'agir du malade; dans l'espace de quelques années il se produit un système délirant très net, qui reste alors stationnaire pendant de longues années. A la fin le délire devient contradictoire, incohérent; il se produit une faiblesse psychique.

Nous ne saurions mentionner ici tous les groupes de la folie systématisée; nous n'en possédons encore qu'une classification provisoire, que nous donnons ci-après.

A. — *Formes dépressives.*

a). — Le délire de persécution hallucinatoire.

b). — Le délire de persécution à forme fantasque.

1. Le délire d'empoisonnement et de méprise.
2. Le délire de persécution sexuelle.
3. Le délire de jalousie.
4. Le délire de persécutions physiques.
- c). — La folie systématisée hypocondriaque.
- d). — Le délire de persécution combinée.
- e). — La manie des querelles, manie processive.

B. — Formes expansives.

- a). — Le délire des grandeurs hallucinatoire.
- b). — Le délire des grandeurs combiné.

VIII. — LES DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHIKES (*Die psychischen Entartungsprocesse*).

Développement singulièrement rapide d'un état durable de faiblesse mentale. Aucun système délirant très cohérent. Aucune crainte pour la vie.

A. — La démence précoce.

Terrain de dégénérescence. Début de la maladie entre quinze et vingt-trois ans. Terminaison entre la vingt-cinquième et la vingt-neuvième année.

a). — Développement subaigu d'un simple état de faiblesse intellectuelle sans autres symptômes apparents. Humeur toujours indifférente. Le processus morbide traîne en longueur durant des années et peut s'arrêter à différents degrés de la démence.

b). — Le développement de la démence est accompagné pendant tout le temps ou passagèrement de fortes fluctuations de l'équilibre mental (états de dépression avec hallucinations et idées délirantes; alternatives d'états d'agitation et de dépression). Ordinairement la maladie atteint un haut degré de démence apathique.

B. — La Catatonie.

La moitié des cas observés présentait une hérédité chargée. Presque tous les malades avaient de dix-neuf à vingt-six ans.

La maladie débute par un état de dépression avec idées délirantes vagues. Survient ensuite un état de

stupéur caractérisé par de la négation, du stéréotypé, de la suggestibilité et des impulsions. Dans cet état de stupéur peuvent s'intercaler des états d'excitation maniaque. La conscience est un peu troublée pendant la durée de la maladie. Ce n'est qu'après des mois ou seulement après des années qu'elle atteint son stade de terminaison : la faiblesse mentale.

C. — La démence paranoïde.

Lourde prédisposition héréditaire. Entre la trentième et la quarantième année.

Développement rapide d'idées de persécution et de grandeur absolument extravagantes sans tendance à des passions déterminées. Passage rapide et prématuré à la démence, qui peut être complète après peu de mois ou seulement après un ou deux ans.

Pour ne pas étendre cet article, et afin de compléter cet aperçu de la classification de Kraepelin, nous nous contenterons de citer simplement les noms des autres formes de maladies mentales, encore admises par lui.

IX. — LES NEUROSES GÉNÉRALES (*Die allgemeinen Neurosen*).

- A. — La folie neurasthénique.
- B. — La folie hystérique.
- C. — La folie épileptique.

Maladies à marche chronique, le plus souvent progressive, dues le plus souvent à une cause morbifique externe, avec lésion grave de la nutrition cérébrale et se manifestant même par de profondes altérations organiques.

X. — LES INTOXICATIONS CHRONIQUES
(*Die chronischen Intoxicationen*).

- A. — L'alcoolisme.
- B. — Le morphinisme.
- C. — Le cocaïnisme.

XI. — LA PARALYSIE GÉNÉRALE (*Die Dementia paralytica*).

- a). — La forme demente.
- b). — La forme dépressive.
- c). — La forme expansive.
- d). — La forme agitée.

XII. — LES ÉTATS DE DÉMENCE ACQUISE (*Die erworbenen Schwächezustände*).

A. — La démence sénile.

- a). — Démence sénile simple.
- b). — États de dépression.
- c). — Formes maniaques.
- d). — Formes délirantes.

B. — Démence consécutive aux maladies organiques du cerveau.

- a). — Lésions diffuses.
- b). — Lésions localisées.

C. — États maladifs innés, continus et incurables.

XIII. — LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE (*Die psychischen Entwicklungsanomalien*).

A. — L'idiotie.

B. — Le crétinisme.

C. — La faiblesse intellectuelle innée.

- a). — La débilité mentale.
- b). — La folie morale.
- c). — La folie émotive.
- d). — La folie impulsive.
- e). — La folie des dégénérés.

D. — L'inversion du sens génital (*Die conträre Sexualempfindung*).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 JUIN 1895.

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Ritti s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Defect in the worky of the lunavy act* 9°, par Percy Smith;

2° *On the treatment of insanity by hypnotism*, par Percy Smith;

3° *Sulphonat and bræmato morphyrinuria*, par Percy Smith;

4° *Cases of acute delirium or acute delirious mania*, par Percy Smith;

5° Comité des travaux historiques et scientifiques ;

6° *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, n° 6, juin 1895 ;

7° *Gazette du Manicome de Macerata*, n° 2 ;

8° *Catalogue d'une collection de cerveaux momifiés*, par M. Luys.

Subvention au Congrès de Bordeaux (suite).

M. CHARPENTIER. — Votre Commission, après avoir pris de nouveau connaissance de la proposition qui lui avait été soumise par M. le professeur Joffroy dans la

dernière séance, tenant compte des efforts déployés par le secrétaire général du Congrès de Bordeaux, du nombre des adhérents, de l'importance probable des communications, et de l'impression plus rapide et plus considérable du volume qui en résultera, et par suite des frais qui en sont la nécessaire conséquence, a été d'avis de prendre en considération ladite proposition.

Mais étant données les sommes disponibles et limitées de notre Société, que notre trésorier M. A.-J. Voisin nous avait fait connaître, elle a décidé de borner cette subvention à la somme de 300 francs.

Cette somme n'est valable que pour le Congrès de Bordeaux et n'entraîne aucun engagement pour les Congrès des sessions suivantes.

Elle sera fournie à la condition que l'impression du volume en sera faite en novembre 1895.

Dans le cas où les dépenses faites n'exigeraient pas la totalité de cette subvention, le reliquat resterait entre les mains du trésorier de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

Rapport de candidature.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez, à votre dernière séance, désigné une Commission composée de MM. Bouchereau, Falret et René Semelaigne pour examiner les titres et travaux scientifiques de M. Robert Percy Smith, docteur en médecine et bachelier en chirurgie de l'Université de Londres, *fellow* du collège royal des médecins de Londres, superintendant de l'hôpital de Bethléem.

Les questions de médecine légale semblent avoir particulièrement attiré l'attention du Dr Percy Smith, et il a signalé à diverses reprises les déficiences de la nouvelle loi anglaise sur les aliénés. En Angleterre, toute personne qui désire placer un de ses parents dans un établissement d'aliénés, doit se rendre chez un magistrat spécialement désigné, et lui soumettre une demande appuyée de deux certificats médicaux. Le magistrat étudie le dossier; s'il se trouve pleinement

convaincu, ou en cas de nécessité pressante, il rend l'ordre d'internement; sinon il fixe un laps de temps ne pouvant excéder huit jours pour l'examen de la demande, et, dans l'intervalle, prescrit toutes les enquêtes lui paraissant utiles. L'obtention d'un ordre d'internement n'est donc pas une chose fort aisée en elle-même; mais la principale difficulté est souvent de trouver le magistrat compétent. Le D^r Smith cite le cas d'une dame se rendant à la Cour de police afin d'obtenir un ordre d'internement pour son beau-père; après avoir longtemps attendu au milieu de gens communs et grossiers, elle est introduite dans le cabinet du *Clerk*, qui parcourt les pièces et lui refuse l'autorisation de voir le magistrat. « Supposez-vous, lui dit-il, que nous n'ayons pas autre chose à faire que d'envoyer les gens dans des asiles d'aliénés? » Espérons que les magistrats anglais se familiariseront avec leurs fonctions médicales, et que les aliénés n'auront pas à pâtir de la nouvelle législation. C'est dans ce but que le D^r Percy Smith vient de publier, en collaboration avec MM. Pitt-Lewis et Hawke, un livre intitulé : *Les aliénés et la loi*, ouvrage également utile aux médecins et aux légistes, et où nous trouvons exposées et longuement discutées toutes les questions de capacité légale et de responsabilité des aliénés.

Parmi les nombreuses brochures écrites par le D^r Percy Smith, je me contenterai de signaler les suivantes :

- Fièvre typhoïde chez les aliénés ;
- Ovariotomie chez une aliénée ;
- Observations de délire aigu ;
- Sulfonal et hématorporphyrinurie ;
- Traitement de la folie par l'hypnotisme ;
- Aliénation mentale consécutive aux oreillons ;
- Observation de soi-disant catatonie ;
- Observation de cocaïnisme.

Dans le *Dictionnaire de médecine pratique* il a écrit les articles *Paralysie générale* et *Législation sur les aliénés*; dans le *Dictionnaire de médecine psychologique*, l'article *Délire aigu*.

Le D^r Percy Smith fait partie des Sociétés neurologique, pathologique, clinique et médico-chirurgicale de Londres, de l'Association médico-psychologique de

Grande-Bretagne et d'Irlande et de la British Medical Association. Il vient de succéder au regretté D^r Hack Tuke comme conférencier en médecine psychologique au Charing Cross Hospital.

Messieurs, votre Commission est heureuse de vous prier d'accueillir parmi nous le D^r Percy Smith en qualité de membre associé étranger.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Percy Smith est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

De la mise en liberté des aliénés dits criminels.

M. FALRET. — A propos de la sortie des aliénés criminels, je rappelle que M. Motet, au nom de la Commission chargée de cette question à la Société de médecine légale, doit proposer au Congrès pénitentiaire l'adoption des trois articles décidés en 1878. Pour l'entrée des aliénés criminels il n'y a rien de changé à la loi actuelle, quand il y a eu ordonnance de non-lieu. De sorte que l'autorité administrative, pour laquelle Lasègne avait lutté contre l'autorité judiciaire, a pu mettre en liberté des malades aliénés bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu pour cette raison. La magistrature a prétendu que c'était à elle de fixer le sort des non-lieu. Il y a là une question qui mérite l'examen de la Société.

M. CHRISTIAN. — Il me semble qu'il a été décidé, au contraire, qu'un aliéné ayant commis un crime et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu serait placé *ipso facto* dans un asile, sans l'intervention de l'administration. On a rejeté la proposition faite de prononcer cet internement en chambre du conseil, car on s'exposait à une divergence de vues entre le jury et la chambre du conseil.

M. FALRET. — Le second point examiné a été la question du maintien des aliénés criminels. On a adopté la sortie décidée par trois personnes, le préfet ou son délégué, le procureur général ou son délégué et le médecin. On statuerait aussitôt ou on ajournerait la décision à un an. Tous les ans seulement la Commission aurait à statuer pour une nouvelle année sans qu'on puisse

rien faire dans l'intervalle. Je demande si la Société adopte ces conclusions.

La situation est assez délicate. Sans doute la responsabilité des médecins se trouve ainsi couverte; mais doit-on entrer dans cette voie? Il est de nombreux cas où le médecin seul est capable de juger de l'opportunité de la sortie. Or, pour pouvoir affirmer, comme on le demande, qu'il n'y a pas de chance de récidive, personne ne voudra le faire et on retombe alors dans la proposition d'Aubanel, la séquestration perpétuelle.

M. TH. ROUSSEL. — Je crois que personne n'est d'avis de maintenir la loi de 1838 sur ce point. N'est-il pas question d'établir des asiles-prisons pour aliénés criminels, et ces deux questions ne sont-elles pas connexes dans le rapport de M. Motet? Dans le nouveau système, les aliénés criminels ne seraient pas placés dans les asiles ordinaires, mais dans des asiles spéciaux. En Angleterre on laisse même sortir quelques malades sous la caution de la famille.

M. CHARPENTIER. — Il est un point de vue qu'on laisse de côté. Si on crée des asiles spéciaux, il y a des individus qui n'ont pas commis de crimes et qui cependant sont dangereux. On ne s'en occupe pas, et cependant ils ne devraient pas être davantage placés dans les asiles ordinaires que les aliénés criminels. Il faudrait songer à cette catégorie d'individus dangereux.

Quant à la sortie des aliénés criminels, la proposition de M. Falret, d'une commission de trois membres me paraît préférable à toutes. On a parlé aussi d'une commission de médecins pris en dehors des médecins traitants. Mais cela ne pourrait qu'amener des conflits d'école, d'âge, d'influence, etc., et des froissements qu'on évitera au contraire avec des magistrats.

M. TH. ROUSSEL. — Ce que M. Charpentier dit des aliénés dangereux non criminels, a été admis dans le futur projet de loi, qui dit qu'on pourra les faire entrer, sur la proposition des médecins de l'asile, dans les asiles spéciaux.

M. VALLON. — La question d'entrée et de sortie des aliénés criminels est connexe. Il faut qu'elles soient faites dans des conditions spéciales. Il n'est pas admissible qu'un même jugement déclarant un individu

irresponsable comme aliéné, soit défait par un autre émané d'un médecin et le mettant en liberté. Il est nécessaire que le juge qui prononce le non-lieu dise en même temps que le sujet doit être interné.

M. ARNAUD. — On vient de discuter dans son ensemble la grosse question des aliénés *dits* criminels, tandis que M. Falret avait surtout en vue la sortie de ces aliénés. Pour en revenir à ce point particulier, je pense que la commission mixte dont il s'agit et qui a été proposée par M. Barbier au Congrès de 1878, réalise un progrès sur l'état de choses actuel. En effet, à côté de la question médicale il y a des considérations sociales qui peuvent échapper au médecin, mais qui n'échapperont pas aux autres membres de la commission.

La difficulté ne sera cependant pas encore résolue. Elle consiste tout entière dans la réponse à cette question : « Un individu paraissant guéri peut-il être légitimement considéré comme non suspect de rechute ? » Personne n'osera l'affirmer, et, en somme, dans le système de la commission comme dans le système actuel, on se trouvera en présence de deux solutions également fâcheuses : on l'internement perpétuel de l'aliéné dit criminel, même après guérison, — on des sorties suivies de rechutes et de nouveaux attentats. La seule solution efficace me paraît consister dans la *sortie conditionnelle*, telle qu'elle est appliquée en Angleterre et surtout en Ecosse. Elle n'est accordée qu'après avis de deux médecins ; on impose à l'ancien malade un lieu de séjour, un répondant responsable, des examens mensuels, etc., et, de plus, certaines conditions spéciales dépendant de la forme mentale. Par exemple, les femmes qui ont été atteintes de folie puerpérale doivent être signalées si elles redeviennent enceintes, les anciens alcooliques qui se remettent à boire sont immédiatement réintégrés à l'asile, etc. Au moins, en théorie, ce système est meilleur que celui de la commission mixte ; il offre infiniment plus de garanties contre le retour des attentats liés aux rechutes.

M. VALLON. — La sortie conditionnelle est certainement le meilleur système, et nous l'employons tous les jours.

M. ARNAUD. — Oui, mais sans aucune obligation

légale pour le malade et sans aucune garantie de durée. S'il plaît au malade, le lendemain de sa sortie, de repousser la surveillance qu'on lui a imposée, il le peut. En Angleterre et en Ecosse, au contraire, la sortie conditionnelle est légale comme la sortie définitive, et les conditions imposées durent pendant *toute la vie* de l'ancien malade.

M. CHARPENTIER. — A côté de ces avantages il y a des inconvénients. J'ai un malade qui a été visité par des membres du Comité socialiste révolutionnaire qui se portaient caution. Il ne pourrait pas, je crois, appliquer cette loi de surveillance. Je crois au contraire que la commission mixte peut se prononcer dans le plus grand nombre des cas.

M. AUG. VOISIN. — Je crois que le médecin, pour la sortie des aliénés criminels, a besoin d'être appuyé par une commission. Je l'ai réclamée dans beaucoup de rapports. Beaucoup de malades cessent d'avoir du délire dans l'asile; mais, dès qu'ils sont revenus dans la vie ordinaire, ils recommencent. Des députés, des sénateurs, etc., réclament la sortie de ces aliénés paraissant guéris. C'est là qu'il serait utile de faire faire un examen par une commission de magistrats.

M. TH. ROUSSEL. — Je comprends qu'ici on cherche à couvrir la responsabilité médicale, mais il y a l'intérêt social qui doit primer. Comme on ne peut pas affirmer la non-récidive, il faut se préoccuper de la situation qui sera faite au malade dans le milieu social où on le replace. Ce qui peut être suffisant pour le médecin ne l'est pas pour la société.

M. CHRISTIAN. — La question s'est élargie. Je crois logique d'admettre l'avis de M. Vallou. La loi doit ordonner aux magistrats de prononcer le placement dans un asile par le fait même qu'il y a ordonnance de non-lien. Quant à la question de sortie, vous n'avez aucune garantie contre la rechute. Aussi, je pense, et j'ai en maintes fois l'occasion de me prononcer à cet égard, je pense que l'aliéné qui a commis un crime, doit être maintenu séquestré, non pas pour le punir, mais parce qu'il importe avant tout de protéger la société : l'intérêt social, à mes yeux, prime tout. Cependant, si vous voulez le faire sortir, j'accepte la commission mixte. Quant

aux conflits entre les médecins, on les aura quand même, car le plus souvent le procureur général et le préfet se feront représenter par des médecins.

Enfin, je me demande s'il n'y aurait pas quelquefois intérêt à condamner certains aliénés criminels persécutés, quand on voit la contagion qui se produit sous l'influence de la publicité donnée à certains de leurs crimes, de même que dans nos services nous faisons de la répression pour maintenir la discipline. Dans cette question, il faut s'occuper du point de vue social et laisser de côté l'individu.

M. CHARPENTIER. — Cependant, voici un cas. Un homme de mon service a tué sa femme sous l'influence d'idées de jalousie. Depuis quatre ans il est calme, travaille bien, et me dit : « Ma femme est morte ; si elle vivait encore, oui, je la tuerais ; mais je n'ai maintenant aucun intérêt à tuer personne. » Voilà un homme qui va être interné toute sa vie. Il eût été préférable de le condamner en se plaçant au point de vue social.

M. CHRISTIAN. — Mais votre individu peut se remarier et recommencer. Un malade que j'ai cité s'est remarié au bout de vingt-trois ans et a tué de nouveau sa femme et son enfant comme la première fois.

M. JULES VOISIN. — Je suis d'avis qu'on doit les garder à vie dans des asiles.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1895

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. René Semelaigne et Sollier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Percy Smith remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

3° Une lettre de remerciements de M. R. H. Piersou, nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

Les numéros de juin et de juillet des *Annales de Psychiatrie*.

Rapport de candidature.

M. MARCEL BRIAND. — Messieurs, au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Dagonet et Legrain, j'ai l'honneur de vous exposer les titres de M. le Dr Trénel qui demande à être admis comme membre correspondant de notre Société.

Ancien externe des hôpitaux et reçu, en 1893, interne des asiles de la Seine, le second de sa promotion, M. Trénel a débuté dans mon service où il a recueilli les éléments de sa thèse sur *les Symptômes spasmodiques et les contractures permanentes dans la paralysie générale*. Dans ce travail, il rappelle les modalités cliniques que présentent parfois ces symptômes moteurs, pouvant reproduire le syndrome de la sclérose en plaques et de la paralysie spinale spasmodique de Charcot-Érb. L'apparition ultérieure d'amyotrophie localisée, et exceptionnellement généralisée, peut donner lieu en apparence à un aspect de sclérose latérale amyotrophique. Cette complication, unie à l'état spasmodique, préexistant et persistant dans d'autres groupes musculaires, impose quelquefois aux membres atteints des attitudes qui ressemblent à celles des hémiplegies avec contracture secondaire bilatérale. D'autres symptômes, d'ordre différent, comme les mouvements choréiformes, etc., viennent compliquer ce tableau clinique.

Sous le titre d'*Etude statistique sur les modifications de la réflexivité dans les différentes périodes de la paralysie générale*, il a présenté en 1894 à notre Société un travail fait en collaboration avec son collègue M. Anthaume, et basé sur soixante observations recueillies à l'asile de Villejuif pendant un an.

Dans deux communications à la Société anatomique

(1894), M. Trénel a publié un cas d'*anévrisme du cœur* et un cas d'*anévrisme intra-péricardique de l'aorte*.

Dernièrement il faisait paraître dans le récent Manuel de MM. Lanrent et Bernheim les articles *Épilepsie* et *Localisations cérébrales*, ce dernier article en collaboration avec M. le D^r Sérieux.

Un travail qui paraît en ce moment dans la *Gazette hebdomadaire* a trait à *quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone* et a pour point de départ l'observation complexe d'une malade de Villejuif, qui présenta de l'amnésie rétro-antérograde, de l'agitation maniaque et de la chorée, symptômes qui paraissent en partie devoir être considérés comme d'origine hystérique.

En dernier lieu, j'ajouterai que M. Trénel est l'un des collaborateurs de la *Revue neurologique*.

M. Trénel a embrassé la carrière de la médecine mentale et a été reçu, après un brillant concours, médecin adjoint des asiles de la région de Paris en 1894.

Je ne doute pas, Messieurs, que sur ces différents titres, vous n'accordiez à M. Trénel la faveur qu'il sollicite; votre acceptation serait pour lui un précieux encouragement.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Trénel est, à l'unanimité des membres présent, élu membre correspondant.

La séance est levée à 5 heures.

ANT. RITTI

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1892.

I. — *Du symptôme de Graefe dans la maladie de Basedow*; par le D^r Bruns (numéro de janvier). — L'auteur a fait observer, à la dernière réunion des médecins aliénistes de Saxe et de Westphalie, que le symptôme de Graefe est généralement apprécié d'une manière erronée par les différents auteurs qui ont écrit sur cette question. Ils expliquent généralement ce symptôme par un trouble de la coordination du globe oculaire, des mouvements de la paupière et du bulbe. Or, ce trouble de coordination n'existe pas d'une manière générale, et l'auteur, dans différents cas de maladie de Basedow, a constaté que cette soi-disant coordination n'existe que lorsque le regard est dirigé en bas. C'est alors que s'observe ce fait que la paupière supérieure ne suit pas le globe oculaire dans ce mouvement d'abaissement et laisse à découvert une partie de la sclérotique, ce qui constitue, à proprement parler, le symptôme de Graefe, et donne au malade l'aspect caractéristique que l'auteur reproduit par deux gravures dans le texte des deux observations qu'il publie. Quand, au contraire, le regard se dirige en haut, si on observe à partir du moment où la ligne visuelle quitte le plan horizontal, on voit la paupière supérieure accompagner ce mouvement d'ascension et souvent même dépasser, pour ainsi dire, le but, de manière à ce que, dans le renversement forcé de l'œil en haut, il reste encore une ligne blanche de la sclérotique visible entre la cornée et le bord palpébral supérieur.

L'auteur se félicite d'avoir vu Moebius partager sa manière d'interpréter le symptôme de Graefe dans la maladie de Basedow. Moebius, cependant, fait remarquer qu'à partir de la ligne horizontale dans le mouvement d'élévation du globe oculaire, l'élévation de la paupière ne se fait pas immédiatement, l'œil

opère seul une partie de ce mouvement d'élévation. Cela tient à l'abaissement incomplet de la paupière lorsque le regard a été abaissé. Le mouvement d'élévation de la paupière ne commence, en conséquence, que lorsque l'œil est arrivé au point où la paupière s'était arrêtée. L'auteur est d'accord avec Moebius pour voir, dans ce symptôme de Graefe, un phénomène d'excitation qui est en quelque sorte l'inverse de la ptosis, et qui se traduit par un tonus exagéré des muscles qui tiennent l'œil ouvert. C'est ce qui explique que l'incoordination qu'on a invoquée pour expliquer le phénomène qu'on observe quand le regard est dirigé en bas, n'est pas admissible dans le mouvement inverse, et le retard apporté dans l'élévation de la paupière au commencement d'un mouvement dans le même sens du globe oculaire n'est lui-même qu'une pseudo-incoordination.

L'auteur apporte deux observations de la maladie de Basedow, dont la première fait surtout ressortir que le symptôme de Graefe ne s'observe que dans l'abaissement du regard et dont la seconde corrobore surtout l'interprétation donnée par Moebius à ce symptôme qui, comme il a été dit, est le résultat d'un élargissement spasmodique de la fente interpalpébrale. L'auteur termine en faisant remarquer que le D^r Moebius lui a signalé un travail de Raymond sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen (*Gaz. méd. de Paris*, n° 26, 1891), travail tendant également à prouver la nature spasmodique du symptôme de Graefe.

II. — *Nouvelle méthode pour étudier les réflexes tendineux. Changements des réflexes chez les aliénés et les épileptiques*; par le D^r Bechterew (numéro de janvier). — L'auteur a fait construire deux appareils dont l'un, très simple, sert à mesurer la force du réflexe par l'angle que parcourt le membre (qui sert à mesurer ce réflexe) sur un arc de cercle gradué et disposé d'une manière spéciale. L'autre appareil, plus compliqué, transmet le mouvement obtenu par la percussio du tendon à un appareil enregistreur de Marey. Par l'ingénieuse adjonction d'un chronographe de Marey, cet appareil donne non seulement la force du mouvement du réflexe, mais aussi la durée, son caractère et la période latente. Tous ces renseignements sont fournis par le tracé enregistré par le « réflexographe ». L'appareil a été mis à la disposition du D^r Wassiljew qui a étudié les réflexes chez les aliénés et les épileptiques. Il a constaté des troubles variés, mais n'offrant rien de constant pour les différentes formes d'aliénation mentale. Il en est de même chez les épileptiques :

dans bien des cas les réflexes étaient augmentés, mais disparaissaient pendant les attaques, et restaient supprimés parfois pendant un certain temps à la suite des crises; dans d'autres cas, il y eut, au contraire, augmentation des réflexes après les crises. En moyenne, la période latente est plus longue après la crise. L'auteur estime que la perturbation des réflexes pourrait avoir une certaine importance pour dévoiler la simulation. Pour avoir des données plus complètes, le D^r Wassilljew a opéré sur des chiens sur lesquels on provoquait des attaques d'épilepsie par l'électrisation de l'écorce cérébrale. Il a constaté les faits suivants :

1° Pendant la période tonique, les réflexes ne peuvent être obtenus.

2° Après une attaque épileptique violente, il y a disparition ou du moins diminution du réflexe du genou.

3° Cette disparition ou cette diminution se produit immédiatement après la cessation de la période clonique ou quelques secondes après.

4° La disparition du réflexe à la suite de la crise dure de une à douze minutes.

5° Les réflexes normaux reviennent lentement et progressivement, quelquefois après une demi-heure seulement.

6° Dans quelques cas, après ce retour des réflexes, ceux-ci sont, pendant un certain temps, plus forts qu'auparavant.

III. — *Théorie de la tétanie* ; par le D^r Schlesinger (numéro de février). — L'auteur a tenté d'expliquer les symptômes de la tétanie et de fixer le siège anatomique de cette maladie. L'étude des contractures provoquées lui paraissant plus simple que celle des crises spontanées, il a cherché à analyser d'abord le phénomène de Trousseau. Par des considérations tirées de l'observation clinique et aussi de l'expérimentation physiologique, il établit que ni la compression vasculaire, ni l'augmentation de l'excitabilité des nerfs moteurs ne peuvent être considérées comme causes du phénomène de Trousseau ou des crampes de la tétanie. Il voit dans ces phénomènes un acte réflexe; et c'est dans la partie centrale du circuit, c'est-à-dire dans le système nerveux central, qu'il voit le siège de la lésion fonctionnelle qui cause la tétanie. Cette lésion fonctionnelle consisterait en une augmentation de l'excitabilité du système nerveux central, due peut-être à des troubles vaso-moteurs. Les faits cliniques tendent à prouver que ce n'est que lorsque des couches profondes du système nerveux central sont inté-

ressées qu'il se produit des convulsions intermittentes spontanées. L'auteur estime que ces couches profondes sont la moelle allongée et la substance grise de la moelle.

Le fait que la tétanie est généralement bilatérale constitue un argument en faveur de cette manière de voir. Il expliquerait dans cette hypothèse, par des troubles circulatoires consécutifs, la tétanie observée, par exemple, dans le cas des tumeurs cérébrales ; et la tétanie dans les maladies infectieuses ainsi que la tétanie épidémique seraient expliquées par les troubles produits dans les centres nerveux par action directe de l'agent infectieux. L'excitabilité exagérée du système nerveux périphérique (centripète ou centrifuge) pourrait à coup sûr faciliter les crampes de la tétanie et la production du phénomène de Trouseau, mais la participation du système nerveux central serait nécessaire.

Bref, d'après l'auteur, la tétanie est une affection de tout le système nerveux, dont certains symptômes pourraient être produits par une affection des nerfs périphériques, tandis que la production des crampes spontanées et du phénomène de Trouseau ne peut s'expliquer que par l'augmentation de l'irritabilité du système nerveux central (cerveau, moelle allongée, moelle). Des excitations diverses peuvent, du reste, provoquer dans le système nerveux central des troubles vaso-moteurs susceptibles de produire les troubles fonctionnels mentionnés.

IV. — *Nouvelle méthode pour obtenir des préparations sèches du cerveau* ; par le D^r L. Stiéda (numéro de mars). — Ce qui caractérise ce procédé, c'est l'emploi du vernis ordinaire du commerce. Le cerveau est d'abord plongé pendant vingt-quatre heures dans une solution concentrée de chlorure de zinc. Après, on le dépouille de la pie-mère et on le fait baigner pendant deux à trois semaines dans l'alcool à 96 degrés qu'on renouvelle tous les cinq ou six jours. Au sortir de ce bain, le cerveau est plongé dans la térébenthine pendant deux à quatre semaines selon la température. Enfin, on plonge la préparation dans du vernis ordinaire des peintres pendant quinze jours et on l'expose ensuite pendant huit à quinze jours à l'air libre. On obtient ainsi une préparation ayant un bel aspect, peu déformée et se prêtant admirablement à l'étude du cerveau.

V. — *Un cas de polyurie chez une aliénée* ; par le D^r Wiedemeister (numéro de mars). — Une femme de trente-quatre ans, imbécile et hydrocéphale, est atteinte au mois de janvier 1890. Elle évacue 6 litres d'urine dont la densité est de 1002 à 1004.

La malade urine cent vingt fois par jour. Avant son entrée à l'établissement d'aliénés on lui a fait des lavages de la vessie et administré différentes eaux minérales. Elle avait aussi été électrisée une dizaine de fois. L'auteur estimant que la polyurie était imputable à l'action exercée par l'hydrocéphalie sur les ventricules, et espérant peu une guérison, prescrivit néanmoins la phénacétine, l'antipyrine, l'antifébrine, le salicylate de soude, la pipéracine et des bains faradiques trois fois par semaine. Pendant l'emploi de la pipéracine, on remarque qu'à la suite de chaque bain électrique la quantité d'urine diminue. La pipéracine supprimée, la malade se met à l'eau minérale (source Georges Victor de Wildung). La mauvaise odeur des urines disparut alors, la réaction devint alcaline et la quantité s'abaisse de 6 litres à 500 centimètres cubes en trois ou quatre fois, au lieu de cent vingt fois. Pour les urines du 5-6 janvier, la proportion d'urée était très diminuée; celle de l'acide urique, au contraire, augmentée.

L'auteur se réserve de rechercher ultérieurement quelle a pu être la part de l'action de la pipéracine dans ce résultat. L'état mental de la malade n'avait pas changé, il y a eu une perte de poids de 2 kil. 500 pendant qu'a duré la polyurie.

VI. — *De la paralysie spinale syphilitique*; par le Dr Erb (numéro de mars). — L'auteur a observé depuis longtemps, chez des sujets syphilitiques, des affections spinales paraissant devoir être rangées dans le cadre de la myélite transverse. A la longue, il a remarqué que ces affections avaient des caractères spéciaux permettant de les distinguer et de la myélite transverse et des autres formes de l'inflammation de la moelle. Les cas observés par l'auteur présentent d'une manière générale à un examen superficiel, l'image de la paralysie spinale spasmodique, à en juger par la marche, l'attitude, les mouvements. Les réflexes tendineux sont très augmentés avec une tension musculaire relativement peu marquée. Les troubles vésicaux ont une constance absolue, tandis que les troubles de la sensibilité sont peu marqués, mais existent néanmoins. Il n'y a pas de fortes douleurs, pas d'atrophies musculaires; les bras, la tête, les nerfs crâniens restent indemnes. La maladie a une tendance marquée vers la guérison à la suite des cures spécifiques énergiques. Quelquefois le mal reste stationnaire pendant des années; par contre, il y a des cas qui deviennent incurables et mortels, vraisemblablement ceux qui dépassent de beaucoup leurs frontières primitives. Après avoir insisté sur les difficultés

qui hérisse le diagnostic différentiel de cette affection d'avec les autres maladies de la moelle, l'auteur fait remarquer que le caractère spécifique de l'affection lui paraît indiscutable, parce que chez tous les individus qui ont servi à son étude, il y a eu antérieurement des accidents syphilitiques, et que toute autre cause de maladie du système nerveux faisait défaut chez eux. Au reste, chez 13 sur 22 malades, la syphilis datait de moins de trois ans, chez 18 de moins de six ans et chez 4 seulement de neuf à vingt ans, au moment où l'affection médullaire était constatée. Une lésion anatomique correspond sans doute à cette forme clinique, lésion qui, d'après l'auteur, doit avoir son siège dans la moelle dorsale et ne doit pas envahir une section transversale complète. L'ensemble symptomatique et l'absence de marche ascendante prouvent qu'il ne saurait être question d'une maladie de système simple ou combinée.

Mais quelle est cette lésion ? L'auteur croit que, *a priori*, on pourrait présumer une localisation symétrique dans les cordons latéraux postérieurs s'étendant de là sur la substance grise postérieure et sur les cordons postérieurs ; et, vu l'origine syphilitique de cette lésion, on pourrait croire soit à une infiltration spécifique de la moelle, soit à une affection syphilitique des artères amenant la dégénérescence.

L'auteur ne croit pas pouvoir être très affirmatif sous ce rapport : son but est de provoquer des observations et des recherches nouvelles à l'effet d'établir si l'affection en question, pour laquelle il propose le nom de « paralysie spinale syphilitique », est assez fréquente, assez caractérisée, soit par ses symptômes, soit par ses lésions propres, pour mériter dans le cadre nosologique une place à part à côté des autres affections médullaires.

VII. — *Ramollissement en foyer du pont de Varole* ; par le Dr Brasch (numéro d'avril). — Un homme de quarante-sept ans, exempt de tare névropathique et de syphilis, présente en 1888 de la parésie du muscle droit interne du côté gauche. Le 1^{er} novembre 1890, il y a récurrence. Quinze jours plus tard, il y a ptosis et parésie du droit externe du côté droit : ensuite surviennent des vertiges et de la faiblesse des membres droits. En décembre, on constate : parésie bilatérale du droit externe, à droite, paralysie de toutes les branches de l'oculo-moteur ; à gauche le muscle interne est seul paralysé. À droite, en outre, il y a anesthésie dans les deux branches supérieures du trijumeau et parésie du muscle facial. Les membres présentent

aussi de la parésie à gauche. Pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes. Les organes des sens restent normaux. Pendant l'évolution ultérieure de la maladie, la paralysie s'étend aux quatre membres; de temps en temps, il y a ptosis à gauche également. Les réflexes patellaires disparaissent, des troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, de la respiration et du langage s'établissent, et le malade succombe au bout de deux mois et demi.

L'autopsie révèle, du côté de la moelle, une altération des cellules des cornes antérieures (faible dans la moelle lombaire, plus marquée dans la région dorsale et cervicale), des lésions variées des cordons postérieurs et latéraux et des racines, et des altérations vasculaires peu prononcées. Dans la moitié droite du pont de Varole, on trouve un foyer de ramollissement intéressant à leur émergence, le nerf facial et le nerf trijumeau, épargnant presque complètement le noyau du premier, mais détruisant le noyau du trijumeau, et s'étendant par endroits aux faisceaux pyramidaux du côté droit.

Le noyau de l'oculo-moteur externe, les couches les plus postérieures de l'oculo-moteur commun, les faisceaux longitudinaux postérieurs et le ruban de Reil du côté gauche étaient isolément atteints, et une zone étroite du pédoncule cérébral droit était également atteinte.

Tel est le résumé de l'observation rapportée et commentée dans ses moindres détails par l'auteur. Nous nous bornerons à faire remarquer que le diagnostic d'un foyer ayant son siège dans la moitié droite du pont de Varole, a été posé en raison de l'ensemble des symptômes de paralysie croisée. Aussi, à l'autopsie, a-t-on été surpris de ne pas trouver de foyer dans la protubérance. La surprise n'a cessé que lorsque les pièces furent examinées après durcissement. Ce n'est que sur les préparations passées d'abord dans une solution de bichromate de potasse et ensuite dans l'alcool, et colorées par divers procédés, qu'on vit les foyers atteints prendre d'abord une teinte particulière et faire ressortir peu à peu la perte de substance.

L'auteur estime que bien des foyers de ramollissement peuvent échapper à l'investigation à l'œil nu sur des préparations fraîches.

VIII. — *Un cas de convulsions cloniques du bras à la suite de traumatisme, en réponse à cette question: le sommeil chloroformique permet-il de déceler la simulation d'une névrose traumatique?* par le Dr Friedmann (numéro de mai). — Un homme

de soixante-six ans, à la suite d'un traumatisme du genou droit datant de trois ans, et d'une luxation de l'épaule gauche datant de deux ans, présente de l'immobilité complète de l'articulation du genou droit, de la raideur du bras gauche, de l'anesthésie des faces dorsale et palmaire de la main, la sensibilité étant conservée sur les bords radial et cubital. Endormi au moyen du chloroforme, le malade, pendant le stade d'excitation, saisit avec force la main du médecin, et des mouvements passifs peuvent être imprimés au genou malade. Telle est l'observation rapportée par Lauenstein, qui, en raison de la disparition des symptômes pendant le sommeil chloroformique, estime qu'ils sont simulés.

Cette conclusion, d'après l'auteur, est fausse, et dans l'intérêt des malades, cette erreur doit être combattue.

Dans l'espèce, Lauenstein n'avait pas d'autres signes de simulation à faire valoir, et les troubles sensitifs qu'il a observés affectaient la forme particulière signalée par Charcot et observée par l'auteur lui-même dans des cas de névroses traumatiques. Celui-ci, pour infirmer la conclusion de Lauenstein, cite le cas suivant qui lui est personnel :

Chez un homme de quarante-cinq ans, à la suite d'une violente contusion de la main, en septembre 1887, se présente de la contracture des doigts; un mois plus tard, pendant une séance d'électricité, se manifestent dans la main malade des contractures cloniques qui, avec l'augmentation du courant, gagnent même l'autre main.

En février 1888, l'auteur constate l'existence de ces contractures cloniques à la main et à l'avant-bras. Pas de troubles de la sensibilité. Le mois suivant, l'élongation des nerfs du bras est facile, sans succès d'ailleurs; mais, pendant la période d'excitation du sommeil chloroformique, on constate avec surprise la cessation des contractions. Le sommeil est suspendu, les contractions apparaissent de nouveau; on administre à nouveau du chloroforme, et pendant la période d'excitation les contractures cessent.

Les contractures cloniques, du reste peu connues du public, ne sauraient être simulées pendant des mois et des années. Il ne saurait donc être question de simulation dans ce cas, et l'on est forcé de reconnaître que la conclusion de Lauenstein tombe devant cette contre-épreuve. L'on ne saurait prétendre que des mouvements étaient volontaires, parce qu'ils cessent dès que l'organe de la volonté est paralysé. On sait que cet organe est

aussi le point d'origine des mouvements *non volontaires*. Les contractures et les paralysies hystériques ont leur origine dans les centres corticaux, l'influence de la suggestion sur ces symptômes en est une preuve. S'il est certain, d'une part, qu'il y a une différence entre le processus cortical qui provoque des mouvements physiologiques et celui qui provoque des contractures hystériques, il faut reconnaître, d'autre part, que les éléments qui constituent cette différence nous échappent : mais n'en est-il pas de même de toutes les affections psychiques ?

L'auteur estime, par conséquent, que la théorie et l'expérience prouvent que la conclusion de Lauenstein est erronée, et que des contractures qui disparaissent pendant le stade d'excitation du sommeil chloroformique peuvent néanmoins être des contractures hystériques. Il termine son travail par des considérations sur l'origine corticale de ces contractures.

IX. — *De l'absence du réflexe pupillaire dans la paralysie générale* ; par le Dr Redlich (numéro de mai). — La signification de la disparition du réflexe pupillaire dans la paralysie générale est universellement reconnue. Si chez quelques paralytiques ce réflexe subsiste, il faut dire que chez le grand nombre la pupille ne réagit pas contre la lumière, et que, d'après Moeli, il y a chez un dixième des malades des différences dans les deux yeux, de telle sorte que, d'un côté, la pupille réagit encore contre l'impression lumineuse, tandis que de l'autre côté elle y est insensible.

Mais, un fait que l'auteur a spécialement étudié, c'est celui de la réaction sympathique (consensuelle) des deux pupilles. A cette fin, il éclaire alternativement les deux yeux, en protégeant par un écran placé entre eux, celui qu'il veut soustraire à l'influence de la lumière. Il a pu établir ainsi que, dans le cas où un œil a conservé le réflexe pupillaire sous l'impression directe de la lumière, alors que l'autre œil l'a perdu, le réflexe direct produit sur le premier ne provoque pas dans le deuxième, de réflexe sympathique ; tandis que ce dernier qui ne réagit pas contre l'excitation lumineuse directe, peut néanmoins provoquer une réaction sympathique de la pupille du premier.

Comment expliquer ce phénomène ?

Les fibres pupillaires du nerf optique passent-elles sans entrecroisement dans le noyau de l'oculo-moteur commun, ou bien ces fibres subissent-elles un entrecroisement partiel par suite duquel une partie se dirige directement au noyau de l'oculo-moteur, tandis que l'autre partie va au noyau de l'oculo-moteur

du côté opposé? L'explication du réflexe consensuel (sympathique) des deux pupilles serait possible dans les deux hypothèses, vu les rapports qui existent entre les deux noyaux des oculo-moteurs communs.

Néanmoins, comme la marche de ces fibres pupillaires dans l'encéphale n'est pas établie, l'auteur fait valoir que ces observations sur le réflexe pupillaire sympathique constituent une preuve en faveur de l'entrecroisement partiel de ces fibres.

En effet, les symptômes étiologiques (absence de troubles du côté du nerf optique et de l'oculo-moteur chez les paralytiques, ou suppression du réflexe pupillaire) et les constatations anatomo-pathologiques faites par Schutz dans vingt cas de paralysie avec abolition de ce réflexe, prouvent que sa disparition a pour substratum anatomique une lésion qui n'occupe ni le nerf optique, ni l'oculo-moteur, ni le chiasma, mais un point de la partie centripète de l'arc réflexe, situé assez haut dans le voisinage du centre réflexe.

Dès lors, si la réaction pupillaire sympathique était provoquée par l'excitation directe d'un noyau de l'oculo-moteur, excitation qui se transmettrait au noyau du côté opposé, on devrait constater, dès que le réflexe direct aurait disparu d'un côté, la disparition du réflexe sympathique de l'autre pupille. D'autre part, l'œil ayant conservé le réflexe pupillaire devrait provoquer, dans ce cas, le réflexe sympathique de la pupille de l'autre œil.

Or, les observations de l'auteur prouvent qu'il se produit tout juste le contraire, et ce fait ne peut s'expliquer, d'après l'auteur, qu'en admettant un entrecroisement partiel des fibres pupillaires dans le nerf optique. Il est nécessaire, en outre, que cet entrecroisement ait son siège dans le chiasma ou dans la commissure postérieure, c'est-à-dire dans un point plus périphérique que la lésion, qui provoque l'abolition du réflexe pupillaire. Quel'on suppose maintenant une lésion du nerf optique en avant de l'entrecroisement des fibres pupillaires, il est facile de comprendre que, dans ce cas, le réflexe pupillaire direct fait défaut du côté malade, de même que le réflexe sympathique de l'œil opposé; par contre, l'œil sain, conserverait le réflexe direct, et provoquerait dans l'œil malade le réflexe consensuel.

Heddaeus rapporte deux cas de ce genre et l'auteur en observe un troisième actuellement.

X. — *Contribution à l'étude des hallucinations*; par le professeur Pick, de Prague (numéro de juin). — L'auteur estime

que la disette de matériaux des dix dernières années, relativement à ce sujet est de nature à donner quelque intérêt aux faits qu'il publie.

Sous la rubrique « Des hallucinations survenant dans des mécanismes sensoriels malades », il rapporte des faits d'hallucinations auditives unilatérales. Pour les hallucinations visuelles les faits ne sont pas rares, il n'en est pas de même pour les hallucinations auditives. Depuis le cas dû à Holland et publié par l'auteur en 1883 (*Prager med. Wochenschr.*, n° 44), celui-ci n'avait pas observé de cas analogue. Aujourd'hui il lui a été donné d'observer plusieurs fois chez un paralytique, sujet à des attaques épileptiformes, des hallucinations auditives du côté droit : hallucinations qui, apparues au cours de l'attaque qui provoquait en même temps de la paralysie droite et de l'aphasie, disparaissaient avec ces derniers accidents. Il est incontestablement établi par les détails de l'observation que dans ce cas tous les symptômes étaient liés à la lésion de l'hémisphère gauche.

Sous la rubrique « Influence des facteurs psychiques sur les hallucinations auditives et visuelles », l'auteur rapporte ensuite les faits suivants :

Une aliénée chronique, sourde de l'oreille gauche, accuse des hallucinations auditives du côté droit. L'oreille droite étant ensuite bourrée de coton, la malade n'entend plus qu'un vague bruit, plus de paroles, et les hallucinations reviennent nettes dès que l'oreille est débouchée.

Dans l'oreille gauche on trouve un tampon de cérumen qu'on enlève; dès lors, les hallucinations deviennent bilatérales. Est-ce l'idée de la surdité unilatérale qui a eu une influence prédominante sur l'unilatéralité des hallucinations, ou bien faut-il admettre que les sons arrivant à l'oreille une fois dégagée, ont été illusoirement interprétés?

Un autre aliéné a des hallucinations unilatérales (droites) et l'examen révèle du côté droit une sensibilité auditive plus grande.

Une maniaque voit les images hallucinatoires changer de dimension, de couleur, de distance, selon qu'on lui donne des verres concaves colorés ou une lorgnette. Les auteurs ont observé, dans cet ordre d'idées, des faits contradictoires. Sander a publié un cas dans lequel les figures vues par l'halluciné augmentaient quand celui-ci, couché dans son lit, se tournait vers le mur. Il interprète le phénomène en faisant intervenir

l'impression produite par l'effort d'accommodation. Les cas de micropsie et de macropsie observés chez les épileptiques et les hystériques tendent à prouver que le rôle de l'accommodation dans ces phénomènes est réel.

L'auteur rapporte encore un cas d'hallucinations unilatérales de plusieurs sens à la fois. Un jeune homme entend, pendant ses prières, sortir de son intérieur des voix disant généralement des propos cyniques, à l'adresse du Christ ou de la mère de Dieu.

Les voix partent du côté gauche où le malade ressent en même temps un point. D'autres fois son œil gauche est comme obnubilé et, à travers un nuage, le malade voit des représentations obscènes sur les images sacrées; il entend également des propos orduriers soufflés dans son oreille gauche, sa main gauche sent une odeur de chair brûlée et de soufre. Il croit que c'est le diable qui lui fait tous ces tours.

L'examen somatique ne révèle rien qui puisse être présumé comme une cause d'unilatéralité des hallucinations. Seppili a rapporté un cas analogue chez un aliéné mystique (V. *Riv. sperim.*, 1890, p. 82, ou compte rendu dans *Neurologisches Centralblatt*, 1890, p. 663).

Il est à remarquer que, dans le cas rapporté ci-dessus, la répartition des hallucinations de la sensibilité générale répondait à nos connaissances sur les troubles de la sensibilité d'origine corticale, et que les hallucinations observées, appartenaient précisément aux trois sphères dont les territoires corticaux sont contigus.

XI. — *Moyen de reconnaître à un signe objectif l'état de la sensibilité dans les névroses traumatiques*; par le Dr Goldscheider (numéro de juin). — Le moyen proposé par l'auteur est applicable aux cas dans lesquels le patient accuse une diminution de la sensibilité dans certaines parties du corps. Comme l'hyperesthésie atteint généralement aussi la sensibilité thermique, c'est sur la recherche de l'état de cette sensibilité que l'auteur a basé sa méthode.

Pour cela, ayant constaté que cette sensibilité est variable d'une manière à peu près régulière sur les différentes parties du corps, il a établi, pour ainsi dire, une carte topographique de cette sensibilité et une échelle comprenant 12 degrés pour la sensibilité au froid et 8 pour la sensibilité à la chaleur. La surface cutanée a été alors divisée en différents territoires ayant pour coefficient de sensibilité un degré variant de 1 à 12

ou de 1 à 8, selon qu'il s'agit de sensation de froid ou de sensation de chaleur.

Le patient qui accusera de l'hyperesthésie sera soumis à une épreuve de sa sensibilité thermique, au moyen de tubes métalliques, par exemple, portés à des températures variées. S'il a réellement de l'hyperesthésie, la sensation perçue dans la région hyperesthésiée devra correspondre à celle perçue avec la même température dans un territoire ayant un coefficient inférieur dans la carte topographique dont il a été question plus haut.

On voit, d'après le simple énoncé du procédé, les épreuves variées auxquelles on peut soumettre le patient, en combinant les recherches au moyen des indications du tableau, et comment on pourra le surprendre en flagrant délit de simulation, en l'amenant à accuser des sensations dont la consultation du tableau démontrera la fausseté. On comprendra aisément quelles connaissances, et aussi quelle mémoire et quelle rapidité de conception il faudrait au malade pour déjouer les pièges que l'expert pourrait lui tendre en multipliant ses épreuves.

On pourrait se demander si la méthode n'expose pas l'expert à déclarer simulateur un malade ayant une hyperesthésie réelle.

L'auteur déclare que son expérience l'autorise à rejeter la possibilité d'une erreur pareille.

D'autre part, il reconnaît que la méthode n'est pas applicable dans le cas où, au lieu d'une hyperesthésie, il y a anesthésie complète.

Il ajoute un autre moyen de contrôler les déclarations d'un individu annonçant une région nettement délimitée, comme atteinte d'hyperesthésie ou d'analgésie. Il applique un électrode sous forme de large plaque sur la zone supposée malade, de manière à ce que la moitié de la plaque soit sur la zone atteinte, l'autre moitié sur la zone normale. Il place alors une brosse métallique qui forme l'autre électrode dans la même position, c'est-à-dire de manière à ce que la moitié de la brosse soit sur la partie saine, l'autre moitié sur la partie malade. Rapprochant la brosse de la plaque, on produit une sensation douloureuse. En enlevant ensuite la moitié de la brosse appliquée sur la partie de la peau non analgésée, sans que le malade s'en aperçoive, la douleur doit cesser s'il y a analgésie réelle. On fera la même manœuvre en sens inverse, la douleur reviendra, et l'on aura une double preuve de la sincérité des déclarations du malade. Une brosse électrique, divisée en deux parties élec-

triséées alternativement, au moyen d'un commutateur, pourrait remplacer le petit tour de main indiqué.

XII. — *Statistique relative à la question des rapports entre la syphilis et le tabes*; par le D^r Minor, de Moscou (numéro de juillet). — Depuis 1889, l'auteur a observé 1,642 sujets atteints d'affections nerveuses, dont 945 hommes (496 Russes et 449 juifs); les femmes se décomposent en Russes, 264, et Juives, 433. L'auteur a constaté que chez les Russes, la syphilis est quatre fois plus fréquente que chez les Juifs et que le même rapport existe pour la fréquence du tabes et de la paralysie générale; ces affections sont également cinq fois plus fréquentes chez les Russes que chez les Juifs. L'auteur avait déjà constaté ces faits, et le contrôle de ses premières observations par les chiffres de cette nouvelle statistique prouve le rôle étiologique prédominant de la syphilis dans le tabes.

Aussi Minor n'est-il pas loin de croire qu'on pourrait dire : *omnis tabes e lue*.

Il fait remarquer combien l'observation de chancres indurés chez des tabétiques serait intéressante, parce qu'elle prouverait la possibilité de la réinfection, et par conséquent de la guérison de la syphilis. Il engage les spécialistes à diriger leurs investigations dans ce sens.

XIII. — *Des altérations des noyaux des nerfs crâniens dans la démence paralytique*; par le D^r Awtowkratow (numéro de juillet). — On observe, au début de la paralysie générale, des troubles parétiques de certains nerfs crâniens se traduisant par le tremblement des lèvres, de la langue, l'altération de la voix, les troubles visuels, le nystagmus, la ptosis. Plus tard il y a des contractions des masticateurs, du grincement de dents, et, dans la période ultime, des troubles de la déglutition. Les dégénérescences des noyaux de certains nerfs sont bien signalées par Kræpelin, Kirchhoff, Laufenauer, Voisin, etc. Mais les auteurs n'indiquent pas en quoi consistent, à proprement dire, ces altérations. L'auteur a entrepris des recherches dans ce sens, dans le laboratoire du D^r Mendel, sur quatre cerveaux de déments paralytiques.

Il a constaté l'altération des noyaux des nerfs crâniens dans les quatre cerveaux examinés. Dans un cas, celui d'un paralytique mort à la première période, les noyaux du facial et de l'hypoglosse étaient seuls altérés. Les noyaux du nerf acoustique et du trijumeau semblent avoir moins souffert. Dans les observations II et III, le noyau du nerf auditif était intact, et,

dans l'observation IV, il était peu altéré. Le noyau du trijumeau présentait des cellules saines au milieu d'autres qui étaient altérées, et dans l'observation II le noyau moteur était sain, tandis que le noyau sensitif présentait beaucoup de cellules atteintes.

Dans tous les cas, notamment dans les trois derniers, on observe dans tout l'encéphale de l'hyperémie, de la dilatation des vaisseaux et des épanchements sanguins dans la substance grise; les parois vasculaires sont altérées.

Quant aux lésions cellulaires, elles consistent en infiltration pigmentaire du protoplasma. Celui-ci est trouble; on trouve des débris de cellules sous forme de noyaux et de nucléoles, des amas de granulations, des noyaux avec des vacuoles, des cellules avec des noyaux grossis, gonflés. Le nucléole est relativement peu altéré, il prend parfois un aspect étoilé.

Ici, l'auteur rappelle les recherches faites par les savants sur les altérations des cellules nerveuses dans la paralysie générale, recherches qui ont presque exclusivement porté sur les cellules corticales. C'est ainsi que Meschede (*Virchow Archiv*, 1865, t. XXXIV, p. 248) a signalé les altérations des cellules nerveuses comme la lésion caractéristique de la paralysie générale. Sa manière de voir a été très attaquée, surtout par Westphal, mais de nombreux travaux établirent que les lésions des cellules jouaient réellement un rôle important dans la paralysie générale, et le désaccord des auteurs ne roulait bientôt plus que sur le caractère de ces lésions, que les uns, dont Mierzejewsky, prétendaient parenchymateuses, que d'autres, avec Meynert, Lubimov, etc., disaient séreuses.

En comparant les faits observés à ceux antérieurement publiés, l'auteur constate que les lésions des cellules nerveuses dans les noyaux des nerfs crâniens, ressemblent beaucoup à celles qu'on a constatées dans les autres parties du cerveau. Ces cellules présentent, en effet, des altérations variées dont le degré ultime est la destruction de la cellule. Le noyau de la cellule s'altère également, les contours deviennent irréguliers, parfois le noyau est grossi et le nucléole prend un aspect étoilé.

Enfin, l'exposé des particularités des quatre observations, montre que les noyaux des nerfs crâniens ne sont pas atteints simultanément; le facial et l'hypoglosse résistent moins longtemps que le noyau de l'auditif. On constate aussi que les noyaux sont d'autant plus dégénérés que la maladie est plus

avancée. Enfin, les altérations des cellules dans les quatre cas étaient proportionnelles aux altérations des parois vasculaires.

XIV. — *Des altérations des nerfs et de la moelle épinière après une amputation. Contribution à l'étude de l'action trophique des nerfs*; par G. Marinesco (numéros d'août et de septembre). — L'auteur doit à l'obligeance des professeurs Marie (Paris) et Moeli (Berlin) d'avoir pu examiner les nerfs et la moelle épinière de trois individus qui avaient subi l'amputation d'un membre, et il en fait une étude détaillée.

Il s'étend longuement sur la structure anatomique de la moelle et rappelle les progrès qu'ont fait faire à cette question les travaux de Golgi, Ramon y Cajal, Kölliker, Fleschsig, Etinger, etc.; puis il rapporte ses trois observations.

Obs. I. — Homme amputé de la cuisse à l'âge de trente ans et mort vingt et un ans après d'une attaque apoplectiforme survenue dans le cours d'une paralysie générale.

A l'œil nu, on remarque, dans une coupe transversale de la moelle dorsale, surtout au niveau du renflement lombaire, une asymétrie des deux moitiés, celle correspondant au membre amputé étant atrophiée; à un examen plus attentif, on voit que la substance grise tout entière et, seul, le cordon postérieur de la substance blanche prennent part à l'atrophie, alors que le cordon antérieur paraît complet. Les altérations de forme de la corne antérieure sont remarquables; ses saillies se sont effacées et elle est arrondie en massue. La racine postérieure paraît aussi plus mince à gauche qu'à droite.

Dans la partie de la moelle située au-dessus du renflement lombaire, l'atrophie des cornes diminue peu à peu pour disparaître complètement dans la moelle dorsale. Dans la moelle cervicale, l'atrophie reparaît, mais elle est limitée à la corne antérieure. La corne latérale gauche, dans la partie de la moelle située au-dessus de la moelle dorsale, semble intacte.

L'atrophie de la substance blanche qui, dans la moelle dorsale, ne portait que sur les cordons de Goll, se retrouve jusque dans la moelle cervicale.

Les altérations caractéristiques de la moitié gauche de la moelle sacrée portent sur les cornes antérieures et postérieures. Pour les cornes antérieures, ces altérations siègent dans les derniers groupes ganglionnaires latéraux. Le nombre de leurs cellules est diminué; elles n'ont plus leur aspect normal.

Obs. II. — Homme mort à cinquante ans. Amputation du bras droit il y a dix ans.

Comme dans le cas précédent, on trouve une asymétrie marquée des deux moitiés de la moelle, très prononcée dans la région cervicale. Dans la moitié correspondant au bras amputé, la substance grise et la substance blanche sont réduites en étendue, c'est une hémiatrophie de la moelle dorsale.

Dans les parties moyenne et inférieure de la région cervicale, la moitié droite a, en largeur, 1 millimètre en moins qu'à gauche; dans la région dorsale, cette différence n'est plus que d'un demi-millimètre et, dans la partie inférieure de cette région, elle n'est plus sensible. Dans la région cervicale, l'atrophie porte sur les racines antérieures, mais aussi et surtout sur les racines postérieures. Les cordons de Burdach sont seuls intéressés, à l'exclusion des cordons de Goll et de la substance blanche des cordons antéro-latéraux.

La corne antérieure du côté amputé a subi des altérations dans sa forme : les angles sont moins accusés, et la corne latérale est moins proéminente qu'à l'état normal. La partie intramédullaire des racines antérieures est aussi atrophiée.

Les altérations des cornes postérieures sont les mêmes que dans l'observation I, seulement la substance gélatineuse de Rolando est plus atrophiée, et les cordons de Goll sont intacts.

Les cornes antérieures sont altérées jusqu'à la hauteur de la première racine dorsale, les lésions des cornes postérieures descendent un peu plus bas.

A l'examen des nerfs du plexus brachial, on trouve, au milieu des faisceaux de fibres normales, de petits îlots minces, formés par de petites fibres à cylindre-axe et à gaine de myéline. Du côté amputé, le nombre de ces fibres est moindre.

Obs. III. — Autopsie sans aucun renseignement ni sur l'âge du sujet, ni sur l'époque de l'amputation qui porte sur la cuisse gauche.

Dans la région lombaire gauche, atrophie des racines postérieures de la corne postérieure et du cordon postérieur. Les altérations sont moins nettes que dans l'observation I.

Après un aperçu historique de la question, l'auteur rapporte des expériences qu'il a faites sur les animaux, pour étudier les diverses altérations nerveuses suivant l'époque à laquelle la section du nerf a eu lieu, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Après la section d'un nerf ou l'amputation d'un membre, il se produit des altérations pathologiques même dans le bout

central : leur intensité dépend de l'âge de l'animal et du temps pendant lequel il a survécu à l'opération ;

2° Le processus anatomique ressemble à la dégénérescence wallérienne, parce qu'une partie du nerf est encore en relation avec son centre trophique. Cependant, dans les bouts des nerfs périphériques, la dégénérescence apparaît plus rapidement que dans les bouts centraux ;

3° Le point de départ de la dégénérescence est dans l'interruption des rapports entre la périphérie et le centre. On peut supposer que, par excitation des extrémités des nerfs sensibles, il se produit, dans les ganglions spinaux, des altérations biologiques, probablement de nature chimique, qui produisent l'atrophie des filets nerveux émergeant des cellules ganglionnaires ;

4° Après section d'un nerf ou amputation d'un membre, l'excitation normale des extrémités nerveuses est altérée en quantité et en qualité, et l'action trophique nécessaire ne se produit plus, d'où dégénérescence lente et continue des filets nerveux émergents ;

5° Les terminaisons des nerfs sensibles n'ont plus de centre trophique pour les nerfs auxquels ils sont unis. Leur section est aussi suivie de dégénérescence ; mais elle se montre plus tardivement que pour les extrémités des nerfs moteurs ;

6° L'ordre dans lequel les faisceaux des nerfs sensibles et ceux des nerfs moteurs sont atteints est difficile à indiquer. La résistance individuelle des filets joue un rôle ;

7° Les filets nerveux qui vont des ganglions nerveux à la moelle dégénèrent pour la même raison que les bouts centraux des nerfs ;

8° Les cellules des ganglions spinaux paraissent intactes (Friedländer, Krause, Homen, Vauclair, Marinesco) parce que leurs centres trophiques qui sont les ganglions spinaux, peuvent conserver leur structure anatomique malgré l'altération totale des filets nerveux qui en émergent ;

9° Les altérations de la moelle frappent aussi la sphère motrice, parce que les cellules postéro-latérales des cornes antérieures sont de nature motrice (l'auteur l'a démontré) ;

10° Comment dans le cordon postérieur des groupes de faisceaux différents anatomiquement et physiologiquement peuvent-ils s'atrophier ? Dans le bout central, la dégénérescence n'attaque pas seulement les fibres en rapport avec les corpuscules de Meissner, mais encore d'autres fibres sensibles.

XV. — *Un cas d'hétérotopie de la moelle épinière chez un paralytique*; par le D^r Feist (numéro d'août). — L'auteur estime que l'étendue des anomalies de la moelle épinière est de nature à éclairer la question encore si obscure de la structure de la substance grise et de la substance blanche et des rapports qui existent entre elles. Il a déjà publié précédemment un cas de ce genre.

L'observation actuelle concerne un sous-officier mort à l'âge de trente-huit ans, après une maladie qui dura deux ans et demi, et à l'autopsie duquel on a trouvé une hétérotopie de la substance grise.

L'examen microscopique de coupes de la moelle d'une épaisseur de 50 μ , donne les résultats suivants :

Pour ce qui regarde les lésions de la paralysie générale, on trouve dans la moelle cervicale une dégénérescence des cordons de Goll et des parties centrales des cordons latéraux. Dans la moelle dorsale, la dégénérescence s'étend aux cordons de Burdach et au tiers postérieur des cordons latéraux, symétriquement des deux côtés. Dans la moelle lombaire, on trouve des lésions des cordons postérieurs qui ont gagné les cordons pyramidaux et les petits cordons latéraux.

Tout le reste de la substance blanche montre dans toute sa hauteur de nombreuses fibres isolées ou en groupe. Dans la substance grise, surtout dans les cornes antérieures, on voit une énorme multiplication des fibres nerveuses.

Les anomalies congénitales commencent à la hauteur du 6^e nerf dorsal. Au milieu du corps de la corne postérieure gauche se trouve un amas de fibres nerveuses transversales dirigées vers les fibres de la corne postérieure. A quelques coupes plus bas, ces fibres ont gagné le col de la corne postérieure et ont pris une direction plus horizontale à pointe dirigée vers la colonne de Clark gauche. Dans une coupe un peu inférieure, cet amas de cellules a pris des dimensions plus étendues et se termine par une extrémité en massue dans le voisinage de la colonne de Clark. Il s'en détache un petit amas de cellules ganglionnaires qui forme un groupe à part.

Histologiquement, cet amas de fibres de la substance grise semble formé en grande partie par des fibres dégénérées et effilées, à contour peu net.

L'extrémité inférieure de la moelle épinière ne présente aucune anomalie.

L'auteur fait remarquer que, dans le cas d'anomalies congé-

nitals de la moelle épinière, celles-ci ont pour siège unique le côté gauche, ou y prennent ordinairement naissance.

XVI. — *Contribution à l'étude de l'aphasie subcorticale*; par le Dr Bleuler, Rheinau (Suisse) (numéro de septembre). — Depuis longtemps l'auteur a adopté l'opinion de Freud, qui, dans son travail sur les aphasies, attribue la surdité verbale subcorticale à une lésion double incomplète du champ auditif provoquée par des troubles auditifs périphériques.

Les otologistes ont cité quelques observations où, à la suite de lésions périphériques, l'ouïe était inégalement sensible aux bruits, aux sons musicaux et à la parole; mais l'auteur n'a pu trouver d'exemples de surdité verbale dans des maladies de l'oreille interne ou du nerf auditif. L'observation de Urbantschitsch est digne d'intérêt: Un homme syphilitique, après un refroidissement, ressentit des sensations subjectives de l'ouïe, dysécée faible pour le tic-tac d'une montre, très prononcée pour la parole. Ce dernier symptôme persista plusieurs semaines après la disparition de la dysécée pour bruits. Cette surdité verbale incomplète n'était probablement pas d'origine cérébrale, car, à une certaine époque de la guérison, les paroles prononcées à mi-voix n'étaient pas entendues, tandis que le malade percevait bien les paroles chuchotées. Trois malades d'Arnaud, qu'on croyait sourds, entendaient bien les bruits et les paroles scandées lentement et distinctement prononcées. On n'a pas déterminé chez eux le siège précis de la lésion.

Il est possible, par de seuls moyens physiques, de produire une surdité verbale incomplète (Wort-Schwerhörigkeit de Freud). L'auteur a fait les remarques suivantes: Son cabinet de travail n'est séparé d'une chambre voisine que par un briquetage, or il entend de très légers bruits qui se passent dans cette chambre, comme une forte respiration, le frottement des vêtements, le froissement du papier, etc. Il entend naturellement aussi la parole, reconnaît les personnes à leur voix, apprécie la cadence et tout ce qui dépend de l'intonation; mais, à moins d'une prononciation des mots plus forte que dans la conversation ordinaire, il ne peut comprendre un mot, encore moins un membre de phrase de la conversation, ni même distinguer, dans le cas de personnes étrangères, si elles se servent d'un dialecte ou de la langue classique. Comme l'auteur n'est pas musicien et qu'il a, par conséquent, un certain manque de culture de l'ouïe, il fit faire la même expérience à des personnes musiciennes, dont une avait spécialement l'oreille très délicate. Elles

eurent, elles aussi, la surdité verbale, quoiqu'elles aient pu établir chez les diverses personnes qui parlaient, de légères différenciations entre les bruits et les paroles.

De ces remarques l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La surdité verbale n'est pas forcément liée à une lésion centrale ;

2° Une surdité totale peut suspendre la perception (acoustique) des mots, sans que la perception des autres qualités du son soit fortement altérée.

Il paraît donc improbable, et, en tous cas, il n'est pas prouvé que de tels troubles de l'ouïe ne puissent être produits que par des moyens physiques ou des maladies de l'oreille. Des affections du centre auditif cortical pourront donner lieu aux mêmes symptômes, soit en ralentissant la suite des sons et des syllabes et en produisant ainsi une confusion des diverses parties du mot, soit en rompant la coordination de la perception. Les sons musicaux ont des images auditives plus simples que les mots ; les bruits sont souvent fort compliqués dans leur réunion physique, mais nous sommes peu sensibles à leur modification ; un bourdonnement reste un bourdonnement, malgré la confusion des différentes phases de ce bruit, par exemple l'adjonction ou la suppression de certain nombre de tons secondaires ; un mot, dans ces conditions, deviendrait incompréhensible. Donc, si les bruits ou les sons musicaux ne se suivent pas d'une manière excessivement rapide, leur compréhension est moins troublée par les maladies que celle de la parole qui exige que les auditeurs comprennent dans une seconde vingt sons différents ou plus, diversement combinés.

XVII. — *Un cas de chorée progressive (héréditaire d'Huntington) avec lésions pathologiques* ; par les D^{rs} Kronthal et Kalischer (numéro d'octobre). — Une femme âgée de quarante-cinq ans est atteinte de chorée depuis quinze ans. Une sœur de cette malade a été atteinte également, à l'âge de trente ans, de la même maladie. En outre, la grand'mère, la mère et un cousin de celle-ci étaient devenus choréiques à un âge déjà avancé. La malade observée par les auteurs succombe en novembre 1889, après une fracture du crâne qu'elle s'était faite huit jours auparavant dans une chute.

Les auteurs ont soumis tout son système nerveux à un examen microscopique des plus complets, dont les résultats sont exposés dans leurs moindres détails, mais que nous devons nous contenter de résumer ici. En dehors des lésions impu-

tables à la chute faite par la malade, chute qui a produit une fracture du crâne, les auteurs ont constaté les états pathologiques suivants :

1° Adhérences de la dure-mère au crâne, notamment dans la région frontale ;

2° Adhérences de la dure-mère avec la pie-mère ;

3° Épaississement de la pie-mère à certains endroits (néoplasies à la convexité du cerveau, du cervelet et à la face antérieure de la moelle) ;

4° Adhérence de la pie-mère à l'écorce cérébrale (surtout à la région frontale) ;

5° Légère atrophie cérébrale ;

6° Développement excessif des vaisseaux (normaux ou épaissis) dans l'écorce cérébrale, augmentation des noyaux ;

7° Lacunes et vacuoles dans les noyaux lenticulaires. Extravasations sanguines, amas pigmentaires autour des vaisseaux épaissis, thromboses ;

8° Atrophie du noyau rouge de la calotte, d'un côté ;

9° Hémorragies au point d'émergence de l'oculo-moteur ;

10° Taches de dégénérescence dans les deux pédoncules cérébraux ;

11° Points séreux dans la substance grise du canal encéphalo-médullaire ;

12° Dégénérescence légère des noyaux du facial, de l'hypoglosse et des racines du trijumeau d'un côté ;

13° Dégénérescence diffuse des faisceaux pyramidaux ;

14° Dégénérescence plus légère dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle jusqu'à la région lombaire. Dégénérescence des parties internes des faisceaux de Goll dans les régions cervicale inférieure et dorsale supérieure ;

15° Dégénérescence légère des cellules des cornes antérieures des cellules des faisceaux de Clark et des racines antérieures, des nerfs ;

16° Sclérose circonscrite dans la commissure entre le canal central et une corne antérieure à la hauteur de la partie moyenne de la moelle dorsale ;

17° Absence de substance chromatogène dans les cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale ;

18° Dégénérescence légère dans les nerfs périphériques.

Les auteurs font ensuite l'historique des cas de chorée avec lésions diffuses qui ont été publiés, et citent les constatations

faites par Dichinson, Meyuert, Dano, Lawsonvit, Lehmann, Charcot, etc., etc.

Il fait remarquer en terminant que, parmi les lésions qu'ils ont observées, il y en a qui n'avaient pas encore été signalées ; ce sont la dégénérescence dans la commissure au niveau de la partie moyenne de la moelle dorsale, la dégénérescence des faisceaux de Clark, l'atrophie du noyau rouge de la calotte, et les altérations de la substance grise du canal encéphalo-médullaire. Ils cherchent à établir le rôle de ces altérations dans la production de la chorée, et déclarent qu'ils ne se croient pas autorisés à regarder une de ces lésions comme la cause de la chorée chronique, mais ils espèrent que des recherches histologiques ultérieures arriveront à établir si une des lésions signalées par eux est fréquente dans la maladie en question ou peut être considérée comme lui étant spéciale.

XVIII. — *Un cas d'atrophie musculaire combinée à étiologie particulière* ; par le professeur E.-A. Homen de Helsingfors (Finlande) (numéro de novembre). — L'auteur cite une observation d'atrophie musculaire un peu différente du type classique, et remarquable surtout par son étiologie particulière.

M. W. Kötner, vingt-sept ans, entré le 23 janvier 1892.

Père mort à cinquante ans phthisique, mère bien portante.

Ce jeune homme, enfant unique, a eu, à l'âge de trois ans, une maladie fébrile, mais depuis il a toujours joui d'une bonne santé. Il y a cinq ans environ, au mois d'août 1887, au retour de la moisson, il rentre se reposer l'après-midi et s'endort la main droite sous son oreille, l'avant-bras sous le corps. A son réveil, il remarque qu'il ne peut plus remuer la main droite qui pend inerte et fléchie le long du corps. Une semaine après, de légers mouvements d'extension sont de nouveau possibles. Son état s'améliore encore quelque peu pendant un an pour rester ensuite stationnaire. Quelques mois après le début de son affection, le malade remarque que sa main droite (surtout les muscles de l'éminence thénar) s'atrophie et que les doigts se raidissent. Quelques mois après ce fut le tour des muscles de la partie externe de l'avant-bras droit. La main droite est toujours restée plus froide que l'autre, cependant jamais il n'a ressenti de douleurs dans la main ou le bras, mais il a eu des contractions fibrillaires dans les muscles. Pendant l'été 1888, le malade peut encore se livrer à quelques travaux, il peut faucher. Un an après le début de la maladie, les épaules et surtout, la droite, commencent à proéminer, et l'atrophie de cette

épaule a constamment progressé. Au printemps 1889, l'éménence thénar de la main gauche est gagnée par l'atrophie et les doigts deviennent plus faibles et plus raides. L'atrophie se porte au côté radial de l'avant-bras : existence de mouvements fibrillaires.

C'est là une combinaison d'atrophie spinale progressive, et d'atrophie musculaire progressive type scapulo-huméral, à caractères particuliers, en ce sens qu'elle s'accompagne d'une paralysie périphérique. Sans aucun doute, la paralysie, survenue après que le malade se fut couché sur son bras, n'est qu'une paralysie radiale. L'atrophie des autres muscles de l'avant-bras et de la main qui survient quelques mois après, est due à une extension de la lésion primitive du nerf radial à la moelle épinière.

Ce processus polyomyélitique a gagné ensuite les cornes en rapport avec le bras gauche et provoqué son atrophie et celle de la main.

XIX. — *De l'hétérotopie de la substance grise de la moelle épinière*; par le Dr Kronthal (numéro de décembre). — Les cas d'hétérotopie de la substance grise de la moelle épinière consignés dans la littérature médicale et bien étudiés histologiquement sont actuellement au nombre de 19, dont 4 ont été trouvés dans le laboratoire du professeur Mendel.

Ces anomalies ont-elles une importance au point de vue de la pathologie de la moelle? Pour examiner cette question, il faut tout d'abord retrancher des 19 cas connus, 4 qui concernent des moelles d'animaux (obs. de l'auteur, de Schiefferdeker, de Turner, de Pick). Il reste donc 15 cas, et il est à remarquer que les porteurs de ces anomalies ne sont pas morts des suites d'une maladie primitive de la moelle, mais ont presque tous succombé à la suite de maladies chroniques survenant dans le cours de l'affection de la moelle. On a noté 4 cas de paralysie progressive, 2 de paralysie pseudohypertrophique, 1 de saturnisme chronique, 1 de phthisie pulmonaire, 1 de syphilis, 1 de pneumonie, 1 d'atrophie musculaire progressive, 2 de myélite, 2 de tabes.

Dans les 11 premiers cas on a eu des lésions plus ou moins marquées de la moelle épinière (myélites, foyers de dégénérescence en noyau ou en cordon, scléroses). Quatre seulement succombèrent à la suite d'affections médullaires primitives (2 de myélite, 2 de tabes).

Il est très remarquable que dans tous les 15 cas on a trouvé

des lésions de la moelle, et cela d'autant plus que ces cas comprenaient des affections telles que la paralysie hypertrophique, le saturnisme chronique et la syphilis, qui ne présentent pas communément ces lésions, telles encore que la paralysie générale, où ces lésions, quoique fréquentes, ne sont par constantes, telles enfin que la pneumonie et la phthisie pulmonaire où elles ne s'observent qu'à titre d'exception. Ce serait là une confirmation de l'opinion de Pick qui prétend que les organes malformés sont un *locus minoris resistentiæ*.

Howard Tooth a prétendu que la plupart des individus faisant l'objet des observations en question avaient été traités dans des asiles d'aliénés. Cela n'est vrai que pour 5 d'entre eux. Cependant, l'auteur est persuadé que si l'on examinait plus attentivement les moelles des aliénés, on trouverait des cas nombreux d'hétérotopie.

Howard Tooth prête à l'hétérotopie deux processus différents : hypertrophique ou inflammatoire ; mais on peut trouver de l'hétérotopie dans la substance grise sans qu'elle soit forcément augmentée de volume. Cependant s'il y a hypertrophie véritable, on pourra désigner la lésion sous le nom d'hétérotopie ; il en est de même lorsque la substance grise présente une configuration anormale ou lorsqu'on la trouve dans des points qu'elle n'occupe pas ordinairement. La transformation de l'inflammation de la substance grise en hétérotopie n'est pas bien expliquée. Une inflammation de la substance blanche, suivie de ramollissement, peut altérer la configuration de la substance grise ; mais cette altération ne mérite pas le nom d'hétérotopie ; C'est aussi là l'opinion de Otto et de Virchow. Le mot d'hétérotopie ne s'applique qu'aux anomalies dues à une perturbation dans le développement.

XX. — *Des troubles neuro-psychiques dans l'ergotisme chronique* ; par le professeur W. v. Reformatzki (numéro de décembre). — Depuis longtemps on a signalé les troubles neuro-psychiques dans l'intoxication par l'ergot de seigle ; mais ils ont été spécialement étudiés par Siemens, Tuczek et Menke pendant l'épidémie de Frankenberg de 1879, puis par Reformatzki qui, pendant l'épidémie 1889-1891, dans le gouvernement de Wjatkaschen, en rassembla 89 observations et fit 9 autopsies avec étude microscopique et macroscopique du cerveau.

Il ressort des observations de Reformatzki, que l'intoxication se montre dès le premier jour de l'ingestion de pain de seigle ergoté, surtout s'il a été absorbé chaud et en grande quan-

tité. Dans d'autres cas, les symptômes ne se montrèrent que le lendemain et le plus souvent une à deux jusqu'à trois semaines après. Cette variation dans l'apparition des symptômes dépend de plusieurs facteurs : de la plus ou moins grande teneur de la farine en ergot; de la plus ou moins grande quantité absorbée; de l'état plus ou moins frais du pain, et aussi de la plus ou moins grande résistance de l'individu.

Dans l'épidémie en question, l'intoxication se manifesta par les symptômes suivants : peu de goût pour le travail et le mouvement, céphalalgie, étourdissements, bourdonnements d'oreille, somnolence, vomissements, diarrhée avec coliques, sensation pénible dans la région cardiaque, fourmillements et tiraillements dans les membres, troubles de la vue allant jusqu'à la cécité. Dans quelques cas, mouvements toniques dans différents groupes musculaires.

Souvent on a noté des attaques franchement épileptiques ou épileptiformes, avec perte de connaissance survenant plus ou moins fréquemment; quelquefois hallucinations auditives ou tactiles; stupeur durant quelques heures ou quelques semaines, avec troubles de la mémoire. Accès d'agitation plus ou moins durables.

La marche de la maladie était éminemment chronique : plusieurs malades paraissant guéris eurent des rechutes répétées sans nouvelle intoxication. Même après guérison, plusieurs malades se plaignirent de faiblesse intellectuelle, d'affaiblissement de la mémoire, de paresse de l'intelligence.

Les troubles physiques consistaient en anémie et épuisement, dilatation stomacale, ténésme vésical, ou rétention d'urine avec érections, marche peu assurée et station impossible les yeux fermés (symptôme de Romberg). 62 fois sur 82 observations on a noté la disparition des réflexes rotulien et tricipital; réaction pupillaire à la douleur, faible ou nulle; réaction à la lumière conservée.

57 fois sur les 82 observations : anesthésie complète ou diminution de la sensibilité, quelquefois hyperesthésie. Troubles de la sensibilité, thermique et tactile. Pupilles souvent dilatées ou contractées, quelquefois inégalement. Dans 7 cas, nystagmus; dans un quart des cas, affaiblissement de la vue ou perte complète temporaire. Chez les femmes : troubles menstruels fréquents; sur 10 femmes enceintes, 8 accouchèrent à terme, 2 avant terme.

Dans quelques cas, on a observé l'inflammation des articu-

lations avec ankylose consécutive. La température donne une moyenne de 37°,2 le matin et 37°,6 le soir. La moyenne du pouls est de 72 le matin et de 75 le soir. La respiration donne 23 à la minute le matin, 24 le soir.

L'examen du cerveau, dans les 9 autopsies, donne les résultats suivants : hyperémie des méninges avec hémorragies punctiformes ou plus vastes. Dans quelques cas on a trouvé une masse caséuse entre la pie-mère et l'arachnoïde de la moelle dorsale. Foyer de ramollissement dans la substance cérébrale. L'examen microscopique montre, dans 3 cas sur 6, des foyers de dégénérescence dans les cordons postérieurs de la moelle dorsale.

XX. — *De l'emploi du trional comme hypnotique*; par le Dr Brie (numéro de décembre). — La découverte de ce médicament est due à Kast et Baumann. Barth et Rumpel l'ont, les premiers, employé; puis Schultze l'a prescrit dans 76 cas d'aliénation mentale.

Il se présente sous l'aspect d'une poudre blanche ressemblant au sulfonal, peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude et très soluble dans l'alcool et l'éther.

L'auteur en a employé pendant deux mois chez 42 malades environ 600 grammes à la dose de 1 à 3 grammes dissous dans l'eau chaude, étendue ensuite d'eau froide. Pour exposer clairement les résultats obtenus, il divise les formes de la maladie accompagnée d'insomnie en cinq groupes :

Le premier groupe comprend les mélancoliques et hypocondriaques privés de sommeil (11 cas). Le trional produisit un sommeil de sept à neuf heures et agissait environ une demi-heure après l'ingestion. Dose 1 à 2 grammes toujours bien supportés, même par un malade chez lequel 3 grammes d'hydrate d'amyle avaient causé des troubles gastriques. Une hystérique qui n'avait pu être soulagée par aucun autre médicament, en prit quinze jours consécutifs avec plein succès et le supporta facilement.

Dans le deuxième groupe, il fait rentrer les agités mélancoliques (4 cas); 2 grammes de trional furent suivis chez deux d'entre eux d'une bonne nuit de repos; chez un autre, il en fallut 3 grammes pour obtenir le même résultat, et enfin au quatrième, 1 gramme suffit.

Les agités maniaques forment le troisième groupe (10 cas); une malade eut des vomissements avec 3 grammes, tous les autres supportèrent aisément 2 grammes et furent grandement

soulagés. Les malades, après l'ingestion, étaient comme ivres et ne pouvaient gagner assez rapidement leur lit.

L'auteur a eu l'occasion de comparer la valeur hypnotique du trional et d'autres narcotiques, et a remarqué que, si le sulfonal agissait moins rapidement, le tétronal avait une action plus rapide, mais aussi moins durable.

Parmi les 8 cas du quatrième groupe, une malade qui avait pris 1 à 2 grammes de trional, ne put supporter 1 gramme de sulfonal. Un autre, après vingt-cinq jours consécutifs d'absorption alternative de 1 et 2 grammes de trional, avait bien remarqué qu'avec 2 grammes il dormait plus longtemps, l'absorption d'une poudre inerte l'avait laissé dans l'insomnie.

La démence sénile, les troubles cérébraux organiques et la démence paralytique forment le cinquième groupe (64 doses de trional).

La plupart des malades de cette catégorie étaient restés plusieurs nuits sans pouvoir dormir. Presque tous reposèrent toute la nuit après absorption de 2 grammes de trional; les autres une partie de la nuit.

La dose ne doit pas dépasser 3 grammes, l'accoutumance est longue à se produire.

Un autre malade non aliéné, qu'un panaris avec lymphangite et inflammation des ganglions de l'aisselle empêchait de dormir, put reposer toute la nuit après avoir pris 2 grammes de trional.

L'auteur conclut en disant :

Le trional est l'hypnotique par excellence. Il est appelé à remplacer le sulfonal. Il est insipide, facile à prendre, à action rapide et bien toléré.

D' A. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à la psychologie expérimentale; par A. Binet.
1 vol. in-18 de la *Bibliothèque philosophique contemporaine*.
Paris, Félix Alcan, 1894.

On sait que l'auteur, qui a déjà fait nombre de travaux importants, bien connus des lecteurs des *Annales*, dirige actuellement le laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. Ce nouveau volume qui contient quelques-uns des travaux qui y ont été faits, a surtout pour but d'indiquer par les résultats obtenus quels sont les différents procédés que l'on peut employer dans la recherche de la vérité psychologique.

M. Binet montre parfaitement que ses procédés sont, suivant les cas, tous légitimes, et il ne faut pas faire fi, comme il le remarque si bien à propos de recherches sur la localisation des sensations tactiles, il ne faut pas faire fi de l'interrogatoire du sujet en expérience sur les faits accessoires qui peuvent se passer dans son esprit, car c'est seulement par ces renseignements subjectifs qu'on a pu arriver à profiter de l'expérimentation.

L'auteur passe en revue les différentes recherches que l'on doit faire lorsqu'on étudie les sensations, les perceptions et l'attention. À propos des études sur les mouvements, il indique les bons résultats obtenus au moyen de la plume électrique Edison.

Le chapitre sur la mémoire est particulièrement instructif, parce que dans les traités de psychologie la mémoire n'occupe qu'une place restreinte, et on n'y trouve pas indiqué ce point important que la mémoire n'est pas une chose simple, mais, au contraire, extraordinairement compliquée.

De plus, il ne faut pas oublier qu'à côté de la mémoire dite volontaire et un peu artificielle des sensations simples, surtout envisagées par les psychologues, il y a la mémoire spontanée et concrète que l'on peut arriver à mesurer avec précision. Les méthodes d'expérimentation sur la mémoire sont particulières à l'auteur; applicables aux différentes mémoires, elles sont au

nombre de quatre principales : la méthode de description, celle de reconnaissance, celle de reproduction et enfin celle de comparaison; elles ont été employées dans des recherches sur les joueurs d'échecs et sur des enfants des écoles primaires.

Après avoir parlé des questions soulevées par l'étude de l'idéation, M. Binet rappelle que la psychométrie forme avec la psycho-physique une des parties les plus avancées de la psychologie des laboratoires, et il soutient que cette psychométrie peut réellement servir à quelque chose : c'est une méthode générale qui n'a pas seulement pour but des mesures de durée, car on va plus loin et, au moyen de cette mesure, on peut étudier l'attention, le jugement, l'adaptation, l'exercice, la fatigue et bien d'autres choses encore.

Le dernier chapitre traite des méthodes d'observation : M. Binet leur reconnaît l'importance qu'elles méritent, et il donne un exemple de la façon dont il faut diriger cette observation, en esquissant le plan d'une enquête sur la mémoire musicale.

D'ailleurs, celle qu'il a faite lui-même sur les joueurs d'échecs a fait connaître des faits fort curieux. Ce petit volume a été écrit pour revendiquer l'autonomie de la psychologie expérimentale indépendamment de toute métaphysique. Cette psychologie n'a, par elle-même, aucune tendance spiritualiste, matérialiste ou moniste, elle est simplement une science. M. Binet n'a pas peu contribué à l'établir.

PH. CHASLIN.

The Blot upon the Brain (Les « fêlures » du cerveau); par William W. Ireland, 2^e édit., 1 vol. in-8°, Edinburgh, 1893.

La première édition de ce très intéressant volume a déjà été analysée dans les *Annales* (numéro de janvier 1887) par notre collaborateur, Marandon de Montyel; c'est pourquoi je ne ferai pour ainsi dire qu'annoncer ici cette deuxième édition. Le premier chapitre est une étude des hallucinations qui doit servir d'introduction aux autres chapitres consacrés à l'examen psychiatrique de personnages historiques. En effet, la plus grande partie du livre traite de Mahomet et de Luther, de Jeanne d'Arc et d'une série d'autres personnages illustres, tant anciens que modernes, parmi lesquels M. Ireland place saint François-Xavier dont il raconte très longuement l'histoire.

Comme on le sait, saint François alla évangéliser les Indes et les Iles indiennes, ainsi que le Japon. L'auteur relève, en passant, l'intéressante comparaison que Castelar a faite entre ce saint et le général Gordon. A la suite de ces chapitres, il parle de la folie par contagion et il rapporte, à ce propos, l'histoire d'un aliéné qui prenait le titre de sir William Courtenay, chevalier de Malte et qui, en 1832 et 1838, prêcha une nouvelle religion aux paysans du Canterbury et du Kent.

M. Ireland s'élève, dans un autre chapitre, contre la théorie de l'inconscient en psychologie; il croit que cette théorie est superflue et nullement établie d'ailleurs. Il se livre à une critique du livre célèbre de Carpenter. Pour lui, il est probable que la conscience coexiste constamment avec la vie elle-même. Un des chapitres les plus intéressants est celui sur ce que peut être la pensée sans le langage et sur les rapports de la pensée avec les paroles. Celui encore sur la dualité de fonction des deux cerveaux présente une discussion approfondie sur ce point important de psycho-physiologie. L'auteur trouve avec raison que ce dualisme n'est pas encore absolument démontré. Je crois que cette théorie qui, en partie, est fondée sur ce qu'on appelle la double conscience chez des hystériques, est loin d'en recevoir la moindre confirmation; car si, comme dans le célèbre cas de Félida, il y a deux « personnalités » différentes successives, il y en a d'autres, par exemple, celui de V..., où par l'hypnotisme, on pouvait, en quelques moments, constituer *plusieurs* personnalités successives, ce qui semble bien montrer que ce n'est pas dans une dualité d'action des hémisphères qu'il faut chercher l'explication de ces faits.

Ceux qui n'auront pas lu la première édition auront plaisir à lire celle-ci: il n'est pas mauvais, surtout pour le grand public, encore si peu au courant de ces questions, qu'il soit montré une fois de plus le rôle que jouent les fous, par leur raison ou leur folie, dans l'évolution des idées qui dirigent l'humanité.

PH. CHASLIN.

Le più recenti scoperte ed applicazioni della psichiatria ed antropologia criminale (Les plus récentes découvertes et applications de la psychiatrie et de l'anthropologie criminelle); par le Dr C. Lombroso. 1 vol. in-8°. Turin, 1893.

M. Lombroso continue avec une ardeur et une persévérance qu'on ne saurait trop admirer à accumuler les faits en faveur

de ses théories sur l'homme criminel. Le volume qu'il publie est la réunion des travaux les plus récents sur elle, tous faits pour la plupart dans la voie que son célèbre fondateur avait ouverte le premier. C'est donc un recueil où l'on trouvera successivement des études sur le crâne des individus normaux et anthropoïdes, le squelette et le crâne des criminels, le cerveau, les organes internes, les anomalies de développement et la physiologie de ceux-ci : en un mot tout ce qui a trait au type du criminel-né.

Un chapitre important, qui est le résumé des propres recherches de Lombroso, est celui qui traite de l'application de la théorie du type criminel à celle des révolutions et à la médecine légale. C'est ainsi que Ravachol et Pini et d'autres malfaiteurs moins illustres figurent en bonne place parmi les exemples que donne Lombroso. Un des passages les plus intéressants à tous les points de vue est celui sur les résultats de l'emprisonnement cellulaire et des colonies pénitentiaires. En effet, quelle que soit la vérité de la théorie, elle a eu l'immense avantage d'attirer l'attention des magistrats et des hommes d'Etat sur l'incorrigibilité de la plus grande partie des criminels. Il faut que les philanthropes en prennent leur parti. L'établissement de réforme de Elmira, comme le montre bien Lombroso, malgré toute la peine que se donnent ses directeurs, n'a fourni que des résultats bien insuffisants.

C'est tout ce que je dirai de ce livre, qu'il n'est pas possible d'analyser. Il est bien inutile d'ajouter qu'il devra être consulté, comme tout ce qui sort de la plume du célèbre professeur de Turin. C'est un outil de travail d'autant plus précieux qu'il est terminé par une bibliographie des ouvrages publiés en Italie sur le sujet jusqu'au mois de janvier 1893, avec la table depuis 1880 des *Archives de psychiatrie, sciences pénales et anthropologie criminelle*. Il renferme en outre le résumé des travaux de plus de deux cents auteurs.

PH. CHASLIN.

Erotopathia-Morbid erotism (Amour morbide); par le Dr C.-H. Hughes. Extrait de l'*Alienist and Neurologist*, octobre 1893.

Le mémoire de M. Hughes porte sur ces perversions sexuelles qui depuis un certain temps excitent peut-être trop l'intérêt des médecins aliénistes. Il traite aussi des idées érotiques qui se trouvent comme symptômes dans différents genres de folie.

Mais M. Hughes fait la différence de ces cas avec ceux où le vice domine seul. Il rappelle aussi des cas assez curieux de pratiques et de coutumes indiennes qu'il est difficile de s'expliquer, sauf par des superstitions plus ou moins religieuses. Certains Indiens choisissent parmi eux un homme le mieux sexuellement développé possible et ils arrivent par des manœuvres particulières à atrophier ses organes virils. Cet individu, qui est appelé *mujerado*, joue un rôle important comme sujet passif dans les cérémonies pédérastes qui ont souvent lieu dans certaines tribus.

L'auteur donne aussi deux cas intéressants d'amour entre femmes. Le travail se termine par des conclusions générales et par six autres observations diverses.

PH. CHASLIN.

The relation of the patellar tendon-reflex to some of the ocular reflexes found in general paralysis of the insane (Les relations du réflexe patellaire avec quelques-uns des réflexes oculaires dans la paralysie générale); par Charles-A. Olivier. Extrait du *Medical News*, novembre 1893.

Voici les conclusions de l'auteur, textuellement reproduites :

1° Dans un certain nombre de cas, dans la seconde période de la maladie, particulièrement lorsque les réflexes rotuliens sont exagérés inégalement, on constate une innervation irrégulière et inégale des deux iris amenant des irrégularités dans les pupilles devenues punctiformes ;

2° Dans quelques cas, surtout à la troisième période, alors que les réflexes patellaires étaient diminués inégalement et que la pupille était étroite et irrégulière, l'iris semblait réagir très faiblement aux mydriatiques les plus énergiques ;

3° Dans beaucoup de cas, particulièrement chez des sujets relativement jeunes, à la troisième période, lorsque les réflexes patellaires étaient inégalement diminués, il y avait une certaine paralysie inégale des deux iris ; la dilatation pupillaire se manifestant parfois le plus souvent dans l'œil atteint de la dégénération la plus marquée du nerf optique avec rétinite ;

4° Dans quelques cas (surtout chez des hommes d'âge moyen) à la troisième période, lorsque les réflexes patellaires étaient franchement diminués et l'ataxie prononcée, il y avait une asymétrie marquée, temporaire, de la forme des pupilles, l'une

d'elles étant souvent trouvée à plusieurs examens toute petite et irrégulière, tandis que l'autre était large, ovoïde ou ovale;

5° Dans un bon nombre de cas, surtout dans la période avancée de la maladie, les réflexes patellaires étant inégalement exagérés ou affaiblis, la réaction des iris à la lumière, même intense, faisait défaut; et ceci, non seulement chez les patients avec myosis vraiment spasmodique, mais encore plutôt chez ceux où les mydriatiques n'avaient aucune action sur les pupilles dilatées en partie;

6° Souvent, particulièrement dans les cas les plus anciens, alors que les réflexes patellaires étaient de règle diminués également ou absents, non seulement les iris ne réagissaient pas à l'excitation lumineuse la plus intense; mais dans le cas où ils réagissaient, ils ne répondaient pas aux différentes manœuvres subjectives et objectives les plus grossières, mises en usage pour éveiller des efforts séparés ou associés d'accommodation et des efforts associés pour la convergence;

7° Dans quelques cas où l'innervation ciliaire était normale, l'excitation spasmodique et la paralysie trouvées de temps en temps toutes deux à la lecture et au moyen de l'ophthalmoscope semblaient être en directe relation proportionnelle avec l'état du réflexe patellaire;

8° Dans un nombre de cas notable avec inégalité marquée des pupilles, avec absence plus ou moins marquée de réaction à la lumière, le réflexe patellaire du côté de la pupille la plus large semblait être le plus affaibli;

9° Nombre de fois, surtout au début de la maladie, lorsque les réflexes patellaires commençaient à s'affaiblir inégalement, il y avait souvent une dilatation secondaire ataxique momentanée de la pupille sous l'influence d'une lumière intense;

10° Dans nombre de cas, surtout dans la deuxième période, alors que les réflexes patellaires devenaient irréguliers et inconstants, l'inégalité pupillaire, conséquence d'une innervation iridienne inégale, devenait de plus en plus constante.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Die funktionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis (Les maladies nerveuses fonctionnelles et la syphilis); par le Dr Paul Kowalewsky. 33 pages in-8. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, t. XXVI, fasc. 2.

— Asile d'Evreux. Rapport médical et administratif; par le D^r Daniel Brunet, médecin-directeur. 72 pages in-8. Evreux, 1894.

— La science de l'énergie et la médecine; par le D^r Stéphane Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. 20 pages in-8. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, 1894.

— Eleventh annual report of the Committee on Lunacy of the Board of public charities of the Commonwealth of Pennsylvania (Onzième rapport annuel de la Commission des aliénés du bureau de charité publique de l'Etat de Pennsylvania). 1 vol. in-8 de 170 pages, 1894.

— Un fait pour servir à l'histoire des bouffées de chaleur et des rougeurs morbides; — Note sur l'épilepsie hémiplegique chez les oiseaux; — Note pour servir à l'histoire pathologique des jumeaux, etc.; par le D^r Ch. Féré. 15 pages in-8. Extrait des *Comptes rendus de la Société de biologie*. Octobre à décembre 1894.

— Jahresbericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs, Klosternburg und Kierling-Gugging, etc. pro. 1892-1893 (Rapport annuel des asiles d'aliénés provinciaux de la Basse-Autriche à Vienne, Ybbs, Klosternburg et Kierling-Gugging, etc., pour les années 1892-1893). 1 vol. in-8 de 148 pages. Vienne, 1893.

— Compte général de l'Administration de la Justice criminelle en France et en Algérie, pendant l'année 1891, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la justice, 1 vol. in-4 de 174 pages. Paris. Imprimerie nationale, 1894.

— I riflessi superficiali e profondi quale mezzo d'accito diagnostico nelle malattie mentali (Les réflexes superficiels et profonds comme moyen auxiliaire du diagnostic dans les maladies mentales); par le D^r Cesare Agostini, du manicomio de Pérouse. 22 pages in-8. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*, 1894.

— Etude de la physionomie chez les aliénés; par le D^r Luigi Mongeri, chef de la section des aliénés de l'hôpital arménien de Yédi-Koulé, à Constantinople. 8 pages in-8 avec 13 figures. Extrait de l'*Internationale medizinisch-photographische Monatschrift*. S. d.

— L'omicidio nell' Antropologia criminale. Omicida nato e omicida pazzo (L'homicide selon l'anthropologie criminelle. L'homicide né et l'aliéné homicide); par Enrico Ferri. 1 vol. in-8 de 739, avec atlas anthropologico-statistique de 333 pages. Turin, Fratelli Bocca, 1895.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 22 juillet 1895 : M. le D^r LWOFF, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.);

M. BAUDARD, directeur de l'asile de Vauluse, est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.);

M. le D^r ALENBERT-GOGET, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (Concours de Lyon du 1^{er} juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), en remplacement de M. le D^r BOURDIN, mis en disponibilité sur sa demande, et est placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.);

— *Arrêté du 7 août 1895 :* M. le D^r CHEVALIER-LAVAURE, médecin-adjoint de l'asile d'Aix-en-Provence, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.);

M. le D^r GALLOPAIN, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.);

— *Arrêté du 3 septembre 1895 :* M. le D^r BELLAT, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé directeur-médecin de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. PÉON, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D^r CHAUSSINAND, directeur-médecin de l'asile de Dôle, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier;

M. le D^r SAMUEL GARNIER, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Dôle.

— *Arrêté du 14 septembre 1895 :* M. le D^r MONESTIER, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (Concours de Montpellier du 7 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.);

— *Arrêté du 16 septembre 1895 :* M. le D^r BERBEZ, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), poste créé;

M. le D^r PARIS, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.);

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Nous avons le regret d'enregistrer une nouvelle victime sur la liste déjà si longue du martyrologe de la psychiatrie. Voici en quel termes le *Temps* raconte ce drame qui s'est passé au mois de mars dernier :

Rome, 9 mars, 10 h. 10.

Il n'est question, depuis hier soir, que de l'assassinat du marquis Berardi, un des hommes les plus influents de Rome. En sa qualité de président du conseil provincial, il allait visiter tous les jours la Lungara, hospice des aliénés, où il faisait exécuter des travaux dans l'immense jardin qui entoure le bâtiment. Hier, vers six heures, pendant sa visite, un aliéné, occupé à casser des pierres avec un lourd marteau, se précipita sur lui et lui en asséna un coup formidable sur la tête. Ces jours derniers, le marquis Berardi avait fait des reproches à plusieurs surveillants et en avait renvoyé quelques-uns. Il paraît que le fou a entendu ces reproches et a voulu venger les surveillants.

Le marquis Berardi était le frère du cardinal qui joua sous Pie IX un rôle très important et qui contribua pour une très large part à la fortune du marquis. Ce titre nobiliaire lui fut donné par Victor-Emmanuel. Très entendu dans les affaires, il avait su éviter tous les écueils contre lesquels sont venues sombrer tant de familles romaines parmi les plus riches.

Le marquis Berardi est mort dans la nuit.

LE ROI SAÛL ÉTAIT-IL UN NÉVROPATHE?

M. Dieulafoy, l'explorateur bien connu des monuments de la Susiane, a communiqué à l'Académie des inscriptions et belles-lettres (séance du vendredi 26 juillet 1895), un travail qui peut se résumer par ces mots : Saül, le roi Saül de la Bible, qui fut célèbre dans l'antiquité par ses démêlés avec David, ses visites à la pythonisse d'Endor, et mourut, ainsi que le veut l'Écriture sainte, à la bataille de Gelboé, en se perçant lui-même de son épée pour ne pas tomber vivant entre les mains des ennemis, Saül, enfin, dont nous avons tous appris l'histoire, était-il névropathe et hystérique?

M. Dieulafoy penche pour l'affirmative.

Au cours des études que ce savant poursuit sur David et la société israélite, il a été conduit à rechercher les causes originelles du prophétisme et de son influence sur le peuple.

A son avis, Saül, un prophète dans le sens réel du mot, n'était pas un esprit éminent, mais les débuts de sa carrière et

sa mort témoignent d'une âme fière. Pourtant il eut une existence partagée entre l'abattement et la colère et faillit compromettre les destinées de la monarchie naissante.

Un pareil désaccord s'expliquera quand on aura reconnu l'identité et la véritable nature des accès où tombaient ce monarque et les « voyants ».

Saül et les prophètes étaient, en réalité, des névropathes chez qui la névrose revêtait les caractères de ces épidémies de grande hystérie, dont l'histoire offre, à diverses reprises et à des siècles de distance, des exemples si frappants.

M. Dieulafoy emprunte d'abord à la Bible la description des crises mystiques que se procurèrent les voyants, puis il énumère les épidémies de grande hystérie, depuis la chorée ou danse de saint Guy et le tarentisme qui sévirent au *xiv^e* siècle, en Allemagne et en Italie, jusqu'à la procession de Jaca qui se renouvelle, chaque année, dans le nord de l'Espagne, à l'occasion de la fête de sainte Orosic, patronne de la ville.

Ces premières comparaisons montrent que, dès l'époque de Samuel, la grande hystérie de forme contagieuse régnait chez les Hébreux. Elle était, d'ailleurs, atténuée et consécutive, comme la majorité des épidémies ultérieures, à une surexcitation religieuse et à une dépression physique et morale occasionnée par des fléaux et de longues privations.

Les versets, consacrés d'une manière spéciale aux crises de Saül, confirment ces conclusions et les précisent. C'est, tour à tour, l'initiation du monarque aux pratiques du prophétisme, ses fureurs calmées par les sons de la harpe, comme les crises de chorée, de tarentisme, et les colères des démoniaques sont atténués par des concerts de flûte ou de viole; sa singulière attitude après la mort de Goliath; son désir opiniâtre de tuer David, puis son fils aîné, Jonathas, et enfin, la condamnation et le massacre des lévites de Nod répondent encore au délire et à la manie homicide des démoniaques.

On relèvera plus tard la scène de contagion si curieuse et si bien décrite où succombent, tour à tour, les émissaires royaux et Saül lui-même.

L'accès du monarque reproduit exactement les prodromes et les phases chroniques d'une attaque en parfait accord avec la grande hystérie de forme démoniaque (hystérodémonopathie) dont Saül était atteint.

Il résulte de ces constatations que Saül eut d'abord des crises passagères coupées de longs répit; puis le mal s'aggrave, les accès se rapprochent, et, dès lors, il n'a plus la responsabilité de ses actes, il côtoie la folie et subit la domination d'une idée fixe, même dans les périodes de rémission. Une simple blessure à son amour-propre suffit pour déclencher sa haine, et, aveugle

dans sa fureur, il s'acharne à poursuivre les provocateurs inconseients de sa colère.

Outre les lumières qu'elle jette sur le prophétisme, cette enquête graudit David en ce qu'elle permet de porter un jugement décisif et tout à sa gloire sur ses rapports avec Saül. Elle témoigne aussi combien la Bible reste sincère en face d'un roi dont elle ignore le mal et sa victime dont elle n'exalte ni la générosité, ni la longue patience, et elle atteste, en cela, la valeur historique des chapitres consacrés au fils d'Isaïe. Enfin, elle montre les causes matérielles de la multiplication si rapide des voyants et de leur influence considérable sur le peuple.

Si l'on fait abstraction du côté religieux, ces causes tenaient, pour une large part, aux caractères pathologiques du prophétisme et à la forme contagieuse qui prédisposaient les esprits quand ils ne les dominaient pas.

L'ALCOOLISME DANS LE CALVADOS

L'alcoolisme est un des facteurs principaux de la diminution de la population en France, et en particulier en Normandie où tous les cultivateurs récoltant des pommes et des poires fabriquent de l'eau-de-vie.

Une statistique du Dr Barthez, médecin inspecteur des enfants assistés, statistique qui ne comprend encore que deux cents villes, bourgs et villages du Calvados, élaborée en vue de signaler l'aggravation de l'alcoolisme dans ce département, mentionne que la mortalité et la mortalité infantile ont augmenté depuis 1880 dans la proportion de 28 p. 100; que le nombre des conscrits réformés et ajournés pour vice de constitution a triplé pendant la même période; que les mariages ont diminué d'un huitième, tandis que le nombre des filles-mères a augmenté de près d'un tiers: 400 en 1880, 580 en 1894; que la moyenne des naissances n'est plus aujourd'hui que de 19 p. 1,000 au lieu de 23 en 1880, mais par contre celle des décès a augmenté de 6 unités: 22 p. 1,000 en 1880, elle a atteint 28 en 1894.

En somme, le résultat de l'alcoolisme ou des maladies qu'il entraîne se traduit pour ces deux cents localités par une diminution de 5,000 habitants dans un laps de quinze années. M. Barthez a constaté également que, dans la plupart de ces communes, les femmes buvaient plus que les hommes, ce qui motiverait l'accroissement progressif des crimes passionnels dans le Calvados. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, numéro du 17 août 1895.)

TRIBUNAUX

Un simulateur. — Nous empruntons au *Temps* (numéro du mercredi 14 août 1895) le récit suivant de ce curieux procès :

Pierre Delanoy, que juge en ce moment la Cour d'assises de la Seine, n'est pas un type banal.

Il a été, de 1877 à 1881, infirmier dans différents hôpitaux parisiens, et là, au spectacle quotidien des traitements qu'il voyait appliquer par les sommités médicales, l'idée lui est venue de se procurer quelques années de repos en simulant une bonne maladie.

C'est ainsi qu'il s'est donné tous les caractères de l'ataxie avec une perfection telle, que les spécialistes les plus renommés s'y sont mépris de 1887 à 1888, à la Salpêtrière, à l'Hôtel-Dieu, à Laënnec, à la Charité, à Necker, à Cochin, à Lariboisière, à Beaujon, etc., à peu près partout, car il a fait des stations plus ou moins prolongées dans la plupart des établissements hospitaliers de Paris.

Un des médecins qui le traitaient en dernier lieu lui ayant appliqué nombre de cautérisations compliquées de « pendaisons » prolongées, Delanoy finit par trouver trop dur le métier d'ataxique. Un beau jour, il se déclara guéri et disparut.

On le retrouva à Lourdes, en 1889; il y arriva avec un pèlerinage national, se traînant misérablement avec des béquilles. Il paraissait dans l'impossibilité de se tenir debout.

Mais, après avoir communiqué et longuement prié à la grotte, devant l'image de la Vierge, il se leva brusquement et, jetant ses béquilles, il marcha avec une assurance qui arracha des cris d'admiration à la foule des pèlerins.

C'était un miracle, bel et bien constaté! Et le jour même, l'archevêque de Ogliari, l'évêque d'Hébron, auxquels se joignit le médecin chargé de l'étude des guérisons, en dressèrent le procès-verbal en bonne et due forme. Les annales de Notre-Dame de Lourdes en firent mention avec enthousiasme, ainsi que des fêtes d'actions de grâce qui suivirent.

Revenu à Paris, Delanoy émerveilla l'aumônier de la Charité, le chanoine Petit, qui adressa aux pères de la Grotte ce télégramme :

« Médecins réunis pour examen de Delanoy. Je l'ai vu quatre fois cette semaine. Marche comme un facteur rural. »

Le marquis de Villeneuve le prit à son service comme jardinier et l'envoya dans une de ses propriétés du Var.

Il adressait de là aux pères de la Grotte des lettres é

fiantes : « Je n'ai plus qu'une chose en vue, écrivait-il : servir le bon Dieu, recourir à sa très sainte Mère, qui m'a donné la santé. »

Les Pères de la Grotte finirent par le prier d'accepter la garde d'un chalet où sont soignés les pèlerins attendant leur guérison.

Il déguerpit moins d'un an après, nuitamment, après avoir fait main basse sur 400 francs appartenant à ses protecteurs.

C'est à Paris qu'il revint encore. Cette fois, il se présenta à Sainte-Anne comme atteint du délire des persécutions, puis à l'hôpital Broussais comme alcoolique.

Il rentra finalement à Sainte-Anne avec un certificat de « débilité mentale ». Il n'y resta que quelques jours. Une nuit de décembre, il s'en allait subrepticement, emportant 1,800 fr. au pharmacien en chef de l'asile, M. Quesneville.

Ce n'est que le 1^{er} mai 1894 qu'on parvint à l'arrêter. Il essaya bien de simuler la folie. Mais, cette fois, personne ne s'y laissa prendre. Déclaré responsable, il a été traduit devant le jury.

A l'audience, Delanoy proteste contre l'accusation de simulation dont il est l'objet. Il affirme qu'il a été réellement ataxique et qu'il doit sa guérison « à la Vierge ».

— Comment, s'écrie-t-il, pourrait-on admettre qu'un ignorant comme moi ait pu tromper si longtemps les princes de la science ?

Pour les vols, il nie celui de Lourdes :

Je suis parti de Lourdes, dit-il, parce qu'un père voulait absolument faire de moi un religieux de la Grotte. Quant à la soustraction au préjudice de M. Quesneville, voici ce qui s'est passé : Un matin en faisant la chambre de M. Quesneville, j'ai trouvé une bouteille d'alcool, j'en ai bu plusieurs verres, et sous l'empire de l'excitation alcoolique, j'ai ouvert l'armoire et j'ai pris un porte-monnaie.

Le président. — Combien contenait-il ?

R. — Je n'en sais rien, je ne l'ai pas ouvert.

Le président lui fait remarquer qu'il avait eu, cependant, le temps de la réflexion, puisqu'il n'a été arrêté que cinq mois après.

Il faut noter la déposition du D^r Dubuisson, médecin en chef de Sainte-Anne qui, malgré tous les certificats exhibés, n'a pas cru à la réalité de la « folie » de Delanoy et s'est refusé à l'admettre, en fin de compte, dans son service, après quelques jours d'observation.

On le garda comme domestique et il profita de cette situation pour voler le pharmacien en chef.

Delanoy est condamné à quatre ans de prison.

FAITS DIVERS

Un nouveau prix de l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs que lui a fait M. Ch.-L.-C. Herpin, d'une rente de 3,000 francs en 3 p. 100 sur l'Etat français, dont elle récompensera sous forme de prix annuel, dit « Prix Théodore Herpin (de Genève) », le meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le conseil général des Deux-Sèvres a adopté un vœu déposé par M. Garran de Balsan, sénateur, demandant que le Parlement vote une loi rigoureuse contre les progrès de l'alcoolisme en invitant les tribunaux à appliquer sévèrement les lois existantes contre les falsifications ou altérations de boissons hygiéniques.

Le conseil général de Vaucluse a émis le vœu suivant : Que, pour combattre les progrès de l'alcoolisme, le gouvernement diminue le nombre des débits de boissons, soumette ces établissements à des visites d'inspecteurs spéciaux, crée des établissements donnant satisfaction aux besoins de sociabilité, assure l'application de la loi du 4 février 1873, introduise dans les écoles un enseignement spécial sur les dangers de l'alcool.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les Congrès de médecine mentale. — Opportunité d'une organisation permanente et de la création d'une association des aliénistes français.

Les aliénistes français auxquels, depuis deux ans, se sont joints les neurologistes, ont tenu cette année leur sixième Congrès annuel. Le succès, cette fois, a été en quelque sorte encore plus grand que les années précédentes ; le nombre des adhérents a été sensiblement plus élevé. Ce résultat, pour une bonne part, est dû à l'activité, au zèle, à la notoriété du secrétaire général, M. le Dr Régis. Mais il est dû également aux sympathies croissantes pour l'institution qui a maintenant fait ses preuves de vitalité. Ceux qui, au début, avaient pu avoir des doutes à ce sujet, doivent reconnaître qu'ils se sont trompés, et que le succès pour l'avenir est désormais certain.

On doit déplorer néanmoins qu'un certain nombre d'aliénistes, principalement parmi les médecins des asiles, n'aient point encore inscrit leurs noms sur les listes d'adhésion. Ignorent-ils l'existence du Congrès ?

N'en comprennent-ils point l'intérêt et l'importance ? Craignent-ils d'y participer ? Croient-ils qu'il n'y ont point leur place à moins d'y apporter quelque mémoire, quelque contribution scientifique ?

Ceux qui sont indifférents finiront sans doute par se laisser émonvoir en face du succès croissant. Les autres, s'ils prenaient part à une seule réunion, en sentiraient aussitôt les avantages. Quant au dernier cas, il est une erreur énorme. Assurément il importe que le Congrès donne de bons résultats au point de vue scientifique ; mais ce en quoi il est également très utile, c'est de faire que ceux qui se réunissent ainsi arrivent à se connaître les uns les autres, qu'ils échangent leurs vues sur ce qui les concerne tout spécialement, sur la direction et l'administration des asiles, sur le soin des malades qui leur sont confiés, sur leurs propres intérêts moraux et professionnels, qu'ils peuvent enfin passer avec agrément et profit quelques jours ensemble. N'y eût-il que cela, l'opportunité des Congrès serait amplement justifiée.

Nous venons de dire que l'institution de ces Congrès avait donné ses preuves de vitalité et que leur existence était désormais assurée pour l'avenir.

Un certain nombre des membres présents au Congrès de Bordeaux ont pensé qu'il y avait cependant quelque chose de plus à faire pour fortifier cette existence. Ils se sont dit qu'il est temps d'imiter ce qui a été fait ailleurs, de suivre l'exemple donné par d'autres groupes médicaux, d'arriver à une mesure qui aurait pour avantages de remédier à des défauts évidents de l'organisation actuelle, de garantir encore mieux le succès de chacun des Congrès à venir, et d'augmenter le nombre des adhérents.

Cette mesure consiste à rendre permanent ce qui n'est que transitoire, à réunir des adhésions non seulement pour un Congrès isolé, mais pour un nombre indéter-

miné de Congrès annuels ultérieurs, à former, en somme, entre les aliénistes français, une association nouvelle, qui toutefois ne fasse double emploi avec aucune autre association, avec aucune société savante.

Qu'arrive-t-il dans la situation présente ?

Lorsqu'un Congrès est terminé, il se dissout. Les seules traces qu'il laisse, c'est qu'il a désigné le président et le secrétaire général du prochain Congrès, des rapporteurs pour les questions mises à l'ordre du jour ; c'est qu'il a choisi la ville où l'on devra siéger. Mais cela fait, il n'y a plus qu'un noyau, qu'un embryon de Congrès ; les adhérents disparaissent. Tout le travail accompli pour les réunir, pour les grouper, se trouve en un instant anéanti. Le nouveau secrétaire général est obligé de recommencer entièrement la tâche accomplie par ses prédécesseurs, tâche ardue et ingrate, qui est de chercher à nouveau des adhérents ; et ce n'est qu'après des efforts longs et fastidieux, après la perte d'un temps qui aurait été plus avantageusement occupé à d'autres soins, au profit du Congrès, qu'il arrivera à constituer une liste nouvelle. N'est-il pas éminemment déplorable que tant d'efforts n'aient qu'un résultat éphémère, et que, comme une suite de Sisyphe, chacun des secrétaires généraux nouveaux soit condamné à remonter au haut du rocher le bloc énorme qui en retombera lourdement le jour de la clôture de chacun des Congrès ? Cette situation est mauvaise et demande qu'on y porte remède.

Si les listes d'adhésion, une fois formées, étaient permanentes, le défaut qui vient d'être indiqué disparaîtrait, et il en résulterait bien d'autres avantages.

Le secrétaire général, ayant devant lui une base d'opérations certaine, solide, étant sûr que le Congrès a ce qu'il faut pour exister, pourrait s'employer plus particulièrement à recruter des adhérents n'ayant pas

encore participé aux Congrès précédents, à augmenter les listes anciennes. L'usage excellent qui consiste à porter du Nord au Midi et de l'Est à l'Ouest les lieux de réunion, faciliterait le recrutement régional, et peu à peu on arriverait à grouper des membres des points extrêmes, à réunir, sinon la presque unanimité, du moins la grande majorité des aliénistes français.

En se groupant d'une manière permanente, ceux-ci ne feraient d'ailleurs que suivre d'excellents exemples, bien faits pour les encourager. N'est-ce pas la permanence et l'augmentation progressive des adhésions qui ont fait le succès de l'Association française pour l'avancement des sciences et de ses Congrès annuels? A l'étranger nous voyons des exemples encore plus concluants à notre point de vue spécial, car ils nous viennent précisément de médecins aliénistes. En deux pays où les progrès de la médecine mentale s'accroissent beaucoup depuis quelques années, l'Angleterre et les États-Unis d'Amérique, la presque universalité des aliénistes forment des groupes d'une cohésion parfaite, ayant une organisation solide grâce à laquelle, soit pour les membres pris isolément, soit pour le bien de la corporation et des intérêts dont elle a à s'occuper, ils ont obtenu des avantages nombreux. La corporation des aliénistes anglais est même en train de réaliser un progrès qui équivaudra pour elle à ce qu'est chez nous la reconnaissance d'utilité publique.

En Angleterre comme en Amérique, les associations des aliénistes ont inscrit avant tout dans leurs statuts qu'elles s'occupent des progrès de la médecine mentale, de l'amélioration du traitement et de la condition des aliénés. Ce sont là en effet les deux premiers points que doivent envisager des aliénistes.

Mais à côté de cela, elles ont un autre but également intéressant dont nous avons le droit et le devoir de ne

pas nous désintéresser, et que cependant rien, en France, ne nous aide jusqu'ici à atteindre. Elles s'occupent des intérêts moraux et professionnels de leurs membres, intérêts complexes, pour la défense desquels une association est nécessairement bien plus puissante que ne peuvent l'être les efforts d'individus isolés.

Combien d'intérêts de ce genre concernent spécialement les médecins d'asiles qui, malgré des réclamations légitimes, ne peuvent en obtenir la satisfaction? Combien de questions, dont il serait important de voir la solution, et qui restent éternellement pendantes! Une voix s'élève de côté et d'autre, cherchant à se faire entendre. Elle n'y réussit pas; elle n'obtient pas d'écho. N'en serait-il pas autrement si, au lieu d'être l'expression d'un sentiment isolé, d'une opinion individuelle, cette voix parlait au nom d'un groupe, au nom d'une corporation entière?

Le recrutement du personnel médical des asiles, l'avancement dans la carrière, l'établissement de retraites pour le moment où l'âge, les infirmités, les accidents obligent à cesser le service actif, l'utilité de la séparation ou de la réunion des fonctions de directeur et de médecin, la détermination des rapports réciproques entre ces deux ordres de fonctionnaires, ces questions, et bien d'autres encore, attendent une solution. L'intervention de tout le corps des aliénistes n'arriverait-elle pas à les faire résoudre?

On s'occupe toujours, et non sans raison, d'amender les lois qui régissent les aliénés. Des lois nouvelles sont depuis longtemps sur le chantier; peut-être finira-t-on par arriver à les dégrossir, à les amener à point, à les mettre debout. Mais, hélas! dans ces projets qui se succèdent, que d'erreurs, que de scories, que de propositions malfaisantes! On néglige d'améliorer ce qui aurait besoin de l'être; on prétend améliorer ce qui n'en a nul

besoin, on se perd dans les détails; des gens plus incompetents les uns que les autres, faisant fi de l'opinion de ceux qui ont quelque compétence, proposent des mesures qui, loin de remédier aux défectuosités actuelles, ne feraient sans doute que les aggraver, ou y substituer des défectuosités pires. Des voix autorisées se sont fait entendre pour protester contre telle ou telle mesure plus ou moins mauvaise, plus ou moins regrettable. Leurs protestations n'ont pas été sans porter des fruits. N'en auraient-elles pas porté davantage encore si elles avaient été appuyées par un groupe réunissant la grande majorité des aliénistes français? Nous pouvons bien présumer de ce qui se passerait en notre pays, par ce qui s'est passé dans les pays dont nous avons parlé. Des lois sur les aliénés ont été récemment votées en Angleterre, aux États-Unis. Ceux qui suivent le mouvement de la médecine mentale dans ces deux pays ont pu voir que plus d'une mesure nuisible, plus d'un projet désastreux, plus d'une innovation suspecte ont été écartés par suite des protestations, on pourrait même dire des clameurs des associations, alors qu'on adoptait des mesures dont elles-mêmes avaient indiqué l'efficacité.

Que si nous passons des affaires générales aux intérêts des individus en particulier, nous verrons que l'association peut leur être également fort utile. Il y a bien des cas, bien des circonstances où tel ou tel peut avoir besoin d'un appui, ne serait-ce qu'un appui moral. Actuellement, en France, le médecin aliéniste vit isolé; il ne peut, dans sa vie professionnelle, compter que sur lui-même. Souvent il lui faudrait davantage. L'assistance du groupe de ses confrères lui serait alors précieuse. Ils le connaissent, ils savent ce qu'il vaut, ils ont l'expérience des difficultés qu'il a à résoudre dans le soin et la direction de ses malades; ils pourraient, à l'occasion, se porter garants de son honorabilité, de la rectitude et

de la parfaite correction de ses actes ; ils pourraient détourner de lui la menace d'une mesure grave, sauvegarder sa carrière et son avenir. Plus d'une fois on a vu des médecins aliénistes injustement suspectés, dénoncés injustement à l'opinion publique, accusés faussement d'avoir manqué à leurs devoirs professionnels, d'avoir employé à l'égard de leurs malades des moyens de traitement soi-disant répréhensibles, mis en suspicion pour des faits que ni le public, ni même quelquefois les autorités compétentes, administrative ou judiciaire, ne savaient apprécier à leur juste valeur. Nous nous rappelons qu'il y a quelques années, une circulaire fut envoyée à tous les médecins d'asiles, sur la demande d'un procureur de la République, pour avoir leur opinion sur une application de moyens de contrainte, ordonnée par un de nos confrères, et que l'autorité judiciaire estimait intempestive et blâmable. Plus récemment un médecin d'asile s'est vu gravement incriminé, dans des conditions identiques, où il semble lui avoir été difficile de se tirer d'affaire, d'agir à l'égard d'un aliéné des plus dangereux, autrement qu'il ne l'avait fait. Ne serait-il pas bien avantageux pour ceux qui se trouvent dans des situations de ce genre, de s'appuyer sur l'opinion de leurs confrères en aliénation mentale, d'en appeler à leur association, de l'avoir pour garante de leur honorabilité, de la rectitude de leur conduite médicale, en un mot de leur intégrité morale et professionnelle ? Si l'on en doutait, on n'aurait, pour se convaincre de son erreur, qu'à considérer le bien fait à cet égard par l'Association des médecins de France.

Toutes ces raisons, et d'autres encore, sans doute, militent puissamment en faveur du groupement des médecins aliénistes français.

Sous quelle forme, ou, pour mieux dire, sous quelle désignation ce groupement doit-il se faire ?

Il s'agit de créer une association ; mais il faut éviter absolument d'établir aucune confusion entre elle et deux associations déjà existantes, qui concernent également les aliénistes, et qui ont des missions différentes de celle que nous envisageons.

L'une est l'Association mutuelle, œuvre toute charitable, qui se propose uniquement de venir en aide aux déshérités de la fortune. Il faut lui laisser ses prérogatives et ne point empiéter sur son terrain.

L'autre est la Société médico-psychologique, société glorieuse qui a bien mérité de la médecine mentale par les progrès qu'elle lui a fait faire. En ce qui concerne nos Congrès nous ne devons pas oublier que, dès leur origine, elle les a pris sous son patronage, qu'elle leur a donné une impulsion puissante, les a soutenus et a beaucoup contribué à leur succès. Mais elle est avant tout une Société savante, qui ne peut réunir à ses séances régulières qu'un nombre restreint de participants ; ses travaux sont purement scientifiques, et ce n'est qu'accidentellement qu'elle s'occupe des intérêts moraux et professionnels des aliénistes, dont l'association nouvelle devrait au contraire prendre un soin tout particulier.

Le groupe à former pourrait s'appeler l'*Association des médecins aliénistes français*. Si l'on craignait quelque méprise sur son objet et son but, on pourrait ajouter que c'est une association *scientifique et professionnelle*. Mais il suffirait sans doute que cela fût bien indiqué dans ses statuts.

Ainsi donc la création de cette association répond à des besoins certains, nombreux, dont on ne saurait contester l'importance. Ajoutons que nous vivons dans un temps où l'utilité de l'association, pour n'importe quel groupe social, se fait de plus en plus sentir. En s'unissant, les médecins aliénistes obéiraient aux nécessités réelles de leur temps.

Comment la nouvelle association devrait-elle fonctionner ?

Ce n'est pas le moment d'entrer dans les considérations que comporterait cette partie du sujet. Ce serait d'ailleurs affaire aux nouveaux associés de fixer les règles de leur association. Un seul point nous semble devoir être indiqué dès maintenant, c'est qu'il serait nécessaire d'avoir en quelque sorte une double organisation, facile d'ailleurs à établir, l'une permanente, répondant aux besoins constants de l'association, l'autre transitoire, et conforme aux nécessités de chacun des Congrès annuels. Ceux-ci seraient du reste l'expression la plus nette et la plus saillante de la vie et du fonctionnement de l'association.

Ce qui importe avant tout, c'est d'entrer dans la voie de la réalisation ; il faut que dès cette année les adhérents se fassent connaître, afin que lors du prochain Congrès l'association puisse se constituer. Il faut que ceux qui comprennent l'importance des vues qui viennent d'être exposées donnent leurs noms. Quelqu'un semble tout indiqué pour les recueillir, pour en dresser la liste, c'est le secrétaire général du prochain Congrès. Que chacun de nous, en lui envoyant son adhésion, spécifie qu'il veut être parmi les fondateurs de l'association nouvelle, et de la sorte il sera certainement facile d'arriver à une prompte organisation. Nous avons la confiance qu'une fois organisée, l'œuvre se développera comme tout ce qui répond à des besoins réels, comme tout ce qui porte en soi les éléments d'une vitalité puissante.

VICTOR PARANT.

Psychologie

LE

FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL

PENDANT LE RÊVE

ET PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE

Par le D^r LAUPTS

Les quelques réflexions que je veux présenter au public n'ont point la prétention de fournir à la science des conceptions inédites sur lesquelles il soit loisible d'édifier des théories nouvelles. Je veux simplement indiquer la ressemblance que je crois exister entre les modes de fonctionnement du cerveau au cours du rêve et au cours du sommeil hypnotique, et insister sur la valeur du rêve comme indicateur du mécanisme cérébral, sur la possibilité qu'il me semble devoir offrir d'en délimiter certaines fonctions.

Car, en somme, qu'est le rêve? — le fonctionnement individuel, intempestif, peut-on dire, d'un ou de plusieurs centres, alors que les autres reposent. Or, du fonctionnement individuel d'un centre, résulte l'existence, l'individualisation de ce centre. Et le rêve a ceci d'avantageux qu'il occupe pour un temps, tout le champ de l'autopsychologie d'un individu, alors que, durant la veille, de multiples influences émanant de tous les centres, sans cesse sollicités, simultanément réceptifs ou

actifs, contribuent à obscurcir ce champ, à le rendre inintelligible.

Les inconvénients qu'il présente, reconnaissons-les tout de suite, ils sont ceux de tous les procédés d'introspection, avec, en plus, le flou et le vague, au réveil, la fugacité des impressions qu'il a déterminées.

Cependant, malgré ces défauts, il peut — noté tout de suite au sortir du sommeil, chez un observateur qui rêve souvent et dont les rêves ont un certain degré de netteté et de précision — donner lieu à un grand nombre de remarques dont l'intérêt deviendrait certainement considérable, si les conclusions pouvaient embrasser les résultats dans non pas à un seul, mais à toute une série de sujets.

Il faut cependant savoir que la valeur des observateurs est très variable, même en les supposant d'égale capacité intellectuelle, car les uns rêvent beaucoup et d'autres très peu ; les uns se souviennent de leurs rêves, les autres les oublient totalement ; beaucoup doivent les déformer. Sur deux cents personnes interrogées à ce sujet, cent quatre-vingts environ ont répondu qu'elles rêvaient plus ou moins fréquemment, une vingtaine que cela ne leur était jamais arrivé ; il faut se défier de cette déclaration ; il est probable qu'il y a chez ces dernières perte absolue du souvenir de ce phénomène.

Par contre, quelques sujets, généralement très nerveux, disent ne pouvoir dormir sans rêver. « Mon sommeil, écrit l'un d'eux, est une autre vie, presque aussi riche en sensations diverses que la véritable. » C'est à quelques personnes de cette catégorie que sont dues les différentes conclusions que je vais exposer, en passant rapidement sur quelques points très étudiés et très connus tels que :

La perte de la notion du temps au cours du rêve, la rapidité énorme avec laquelle, à l'insu du dormeur, se

succèdent les différentes impressions (j'ai noté un rêve assez long entre le premier et le dernier coup de 5 heures, battus par la sonnerie d'une cloche voisine) ;

La fugacité, la disparition, l'oubli des rêves: généralement on se souvient d'autant mieux que l'on est moins éloigné de l'instant du réveil. Si, à ce moment, le rêve parvient à être ressaisi et à être fixé dans la mémoire, on le retrouvera ultérieurement avec une certaine facilité. Il n'en est pas toujours ainsi, il arrive qu'au réveil, on sait que l'on a rêvé et l'on ne peut préciser l'objet du rêve; plus on cherche, moins on trouve, et parfois spontanément, quelques heures après, on même aux approches d'un nouveau sommeil, le souvenir perdu reparait.

Ce sont là de très banales observations. Infiniment plus intéressantes et plus instructives paraissent les conclusions à tirer des différences de *nature*, qu'il semble logique d'admettre entre les diverses impressions qui traversent notre sommeil.

Les unes en effet sont, et sont exclusivement, des réveils d'images; à d'autres s'adjoignent des réveils d'actes sentimentaux où instinctifs; il en est enfin qui constituent un état spécial n'apparaissant que dans des conditions données, avec des caractères particuliers que nous verrons tout à l'heure.

Décrivons d'abord et rapidement :

1. Les rêves d'images ;
2. Les rêves d'images et de sentiments.

I. — RÊVES D'IMAGES.

Les images provoquées au cours du sommeil par le réveil individuel d'un centre appartiennent naturellement à autant de catégories différentes qu'il y a de centres différents. Or, il existe des centres : — de

mémoire visuelle, — de mémoire auditive, — de mémoire motrice, — de mémoire visuelle verbale, — de mémoire auditive verbale, — de mémoire motrice d'articulation, etc.

Mais il faut savoir que le rêve est rarement simple, je veux dire que la plupart du temps, un centre ne fonctionne point sans influencer son voisin et que les rêves *mixtes* d'images sont en majorité. Cependant on peut en trouver à l'état de pureté. Je vais rapidement passer en revue les différents types que l'on rencontre en donnant pour chacun d'eux un exemple choisi dans un grand nombre de rêves notés au réveil (au milieu de la nuit parfois) par un sujet qui ne dort presque jamais sans rêver.

Rêve visuel. — Assez rare à l'état pur, c'est-à-dire non mélangé d'images verbales ou auditives. C'est souvent dans ce cas un rêve d'extase; exemple: rêve fait quelques heures après ingestion de café très fort: Un soleil éblouissant, mais qui cependant est vu en face; brusquement, une nuit épaisse, intense, couvrant toute une moitié du tableau; petit à petit, elle envahit tout le champ du regard, mais en s'éclaircissant; dans les ténèbres: des rochers, un endroit très sauvage, une voiture glissant sur des rails entre deux rangées de statues merveilleuses, dont la première a des yeux vivants et brillant d'un éclat incomparable et insoutenable... (ici le réveil)...

Rêve auditif. — Également peu fréquent à l'état de pureté: bruit de roues, de voitures, de cloches, de wagons en marche, réveil rapide.

Rêve visuel verbal. — Parfois extrêmement curieux, suit généralement les journées marquées par un grand effort cérébral de composition, ou encore de corrections d'épreuves; tantôt les lettres sont vues manuscrites et tantôt imprimées; exemple: « ... vue d'une page de la préface d'une brochure écrite par le sujet à l'état de

veille reconnaissable au format, aux caractères, à une tache ; il cherche à lire et lit avec peine les mots : *et cependant, il faut que...* (mots qui ne se trouvaient pas dans le texte réel), puis tout se brouille ». D'autres fois, des phrases entières apparaissent ou des épreuves avec des coquilles, souvent des titres en grosses lettres ; parfois des mots sans liens logiques, des phrases construites à peu près convenablement au point de vue grammatical, mais sans signification.

Rêve auditif verbal. — Sans éléments étrangers, il constitue parfois un phénomène très désagréable, à caractères hallucinatoire. Ce sont des mots chuchotés à l'oreille pendant la nuit ; souvent le prénom du sujet appelé sur un ton inquiet et triste ; le dormeur se réveille alors subitement, doutant s'il a été réellement appelé.

Rêve par articulation verbale. — Il n'est point rare d'entendre parler un sujet endormi ; mais la plupart du temps, les mots prononcés se rapportent aux autres images et en particulier aux images visuelles qui le hantent ; enfin, le sujet peut « *parler mentalement* » ; dans ce cas, c'est qu'il fait la conversation avec une personne qu'il voit en rêve.

Les *rêves mixtes* sont de beaucoup les plus fréquents ; toutes les images se suivent et s'enchevêtrent (1)

(1) Voici un exemple curieux. « Je rêve d'un coq qui dans la rue s'envole devant moi en criant : « Je suis blessé » ; il vole aussi haut que le toit des maisons, puis soudain pousse un second cri plus éclatant encore que le premier : « Malheur à... » Je m'éveille et le cri se termine par le chant réel d'un coq du voisinage. » Dans cet exemple l'image auditive défigurée a néanmoins donné une image visuelle, se rapportant au véritable son, entendu. Il y a donc eu dédoublement de l'image auditive, d'une part en une image auditive exacte, mais passée inaperçue et allant éveiller l'image visuelle appropriée, et d'autre part, en une image auditive déformée, et nettement perçue par le dormeur. Ou bien il faut admettre un premier cri mal perçu, ayant occasionné le rêve, les deux cris suivants altérés peut-être par le rêve lui-même.

comme dans la vie normale; cela se conçoit facilement : la vibration d'un élément amène celle d'éléments d'un autre ordre, appartenant à un autre centre, avec lesquels il se trouve en correspondance continuelle pendant la journée. En voici un qui comporte tous les genres d'images. « Je prends le train ; gare, wagons, bruit de locomotive, coups de sifflet, etc. ; puis soudain me voilà à Lyon, dans une petite rue sale et tortueuse, inconnue ; je suis avec H.... qui prend ce chemin pour ne pas rencontrer, dit-il, des gens élégants sur les boulevards, car nous sommes mal vêtus ; mais tout à coup, me voici dans un trou, j'ai mal aux yeux ; ils coulent abondamment, j'ai une conjonctivite intense ; puis je suis chez moi dans un fauteuil. M... apparaît disant : « Vous venez de dormir, et vous nous en avez conté de bien bonnes » ; j'entends les pas d'une foule de gens approcher. « Que me veulent-ils ?... » Ces mots sont prononcés tout haut et je m'éveille (1).

Rêves moteurs. — On rêve que l'on marche, que l'on sante, que l'on danse, que l'on monte à cheval. Presque toujours le rêve se termine par un soubresaut : quelquefois le mouvement rêvé est commencé, et il en résulte, si le membre est dans une position qui ne permette point de le faire, un faux mouvement, parfois une contraction douloureuse des muscles (fréquente surtout au niveau du mollet).

Tous les rêves que je viens d'énumérer sont des rêves auxquels le dormeur assiste généralement avec la plus parfaite indifférence, ou avec un sentiment très léger de plaisir ou d'ennui ; il n'y a dans tout cela qu'un

(1) Parfois les images se transforment très rapidement ; ainsi tel personnage vu en rêve devient subitement tel autre. Parfois l'absurdité de la scène rêvée est si évidente qu'elle amène le rire et le réveil : ex. Muscadin, mon cheval, croquant des poules avec satisfaction.

simple réveil, que de simples associations d'images et de mots (1).

Soit que le repos leur pèse et qu'ils soient à nouveau prêts à fonctionner, soit, au contraire, que le surmenage, la fatigue, d'autres facteurs encore aient amené, par un mécanisme inconnu (congestion par exemple), un excès de fonctionnement, qu'ils occasionnent des vibrations supplémentaires, les centres de la mémoire seuls fonctionnent d'une façon très momentanée d'ailleurs et qui ne semble nullement porter préjudice au dormeur, ni le fatiguer. Tout autres sont les rêves de la deuxième catégorie.

II. — RÊVES D'IMAGES ET DE SENTIMENTS.

La plupart des psychologues s'accordent à placer dans la partie antérieure du cerveau les centres producteurs des phénomènes intellectuels les plus délicats ; au contraire, les régions postérieures, en relations voisines avec les viscères, seraient les centres présidant à ceux des réflexes, qui se traduisent dans la vie par les actes de sentiment ou d'instinct ; en un mot, il y aurait le cerveau intelligent (cerveau antérieur) et le cerveau réflexe (cerveau postérieur).

Cette donnée, qui est acceptée par la plupart des auteurs, paraît tout à fait juste ; elle nous explique la genèse des rêves dans lesquels le dormeur tout entier est secoué, parfois éveillé, par des vibrations dues au réveil, au fonctionnement des centres situés entre les zones *frontales* d'une part, la *périphérie* de l'autre. De là, des différences dans l'origine, dans les causes de ces rêves. Ainsi nous constatons :

(1) Il faut noter aussi le fonctionnement du centre de la mémoire musicale, les refrains d'airs connus, parfois d'exquises mélodies inconnues qui en résultent, et charment le dormeur.

1° Des rêves apparaissant à la suite de la propagation d'excitations venues de l'organisme; rêves occipitaux *à posteriori*, dus au cri de quelque organe blessé ou gêné. (Exemple, ceux des rêves érotiques qu'occasionne un état spécial, réplétion ou déplétion exagérée des vésicules séminales.) Notons que l'excitation ne s'arrête pas dans le cerveau postérieur; la plupart du temps elle s'étend jusqu'au cerveau antérieur et va provoquer par les chemins tracés pendant la veille, les images visuelles ou auditives appropriées (1).

2° Des rêves non plus *à posteriori*, mais *à priori*, venant, non plus de vibrations de l'organisme, mais des centres antérieurs (de la mémoire visuelle ou auditive). Au cours d'un rêve, une image évoque toute une autre série d'images; il en résulte une route en zigzag suivant vraisemblablement les tracés les plus faciles, les plus habituels à l'organisme, sans correction possible par le raisonnement. Prenons le même exemple que précédemment. Vienne une image érotique à être éveillée au cours d'un rêve d'images, cette image étant en relation constante à l'état de veille avec le centre instinctif correspondant, ce dernier courra le risque d'être réveillé à son tour, et si son sommeil n'est point profond, mais son excitabilité considérable en ce moment, il y aura des chances pour que les vibrations se traduisent aux nerfs périphériques eux-mêmes.

En un mot, de ces sortes de rêves, les uns proviennent d'une *excitation périphérique*, malaise, chatouillement, piqure, etc., et ils peuvent amener consécutivement une excitation du *cerveau antérieur* (image visuelle ou verbale); les autres au contraire proviennent d'une excitation du *cerveau antérieur* (*image*) et sont

(1) De même le besoin de miction introduit souvent dans le rêve les images qui lui sont appropriées.

susceptibles d'occasionner ensuite une réaction périphérique (*acte, geste, etc.*); dans les deux cas le cerveau instinctif, que sa position rend intermédiaire entre le cerveau antérieur et l'organisme, est excité. Ajoutons-y une troisième catégorie probable, *celle des rêves directement provoqués dans les centres instinctifs eux-mêmes, par une cause mécanique, physique ou pathologique.*

Il n'y a point que les rêves érotiques dont l'apparition reconnaisse semblables causes. Tous les sentiments sont susceptibles de faire leur apparition dans le domaine, dans le champ intellectuel du dormeur. Le plus fréquemment observé est le sentiment de la peur. Toutôt (premier mécanisme) provoqué par une digestion pénible, la pesanteur du foie sur les autres viscères d'un sujet dormant sur le côté gauche, il est parfois (deuxième cas) *déclenché* en quelque sorte par une image visuelle banale, sans malaise physique concomitant. J'en ai bien des exemples. En voici un : Je me promène à la lisière d'un bois, avec mon chien; le soleil baisse lentement, soudain, un renard sort du bois; au lieu de fuir, il vient à la rencontre du chien et se met à causer avec lui, en ce moment terreur épouvantable (occasionnée par la surprise de voir causer un animal) (1) et réveil en sursaut.

Autre exemple : Une ville antique, merveilleuse, vue le soir. — Places, larges voies, statues, etc., mais peu de monde dans les rues; tout à coup cette réflexion : « Cette ville est Pompéi »; puis cette autre : « Elle va être engloutie. » Ici terreur affreuse et réveil en sursaut.

J'ai noté parfois un changement complet, une perversion absolue des sentiments normaux des sujets,

(1) L'auteur de ce rêve ajoute : « J'ai compris à ce moment pourquoi l'Écriture donne comme un signe de profonde horreur « les animaux parlèrent », ce que je n'avais point compris jusqu'alors. » Il est probable que c'est l'inconscient souvenir du mot de l'Écriture et du sentiment auquel il fait allusion, qui avait occasionné la peur.

perversion que je puis expliquer dans l'exemple ci-dessous mentionné par le rappel de souvenirs très anciens se rapportant à une période très différente de la vie, à l'enfance, et conservés dans certains centres à l'insu du cerveau intelligent. Je suis médecin et, comme tel, j'ai assisté à bien des opérations, j'en ai fait moi-même, j'ai vu des accidents graves et j'ai toujours conservé le sang-froid nécessaire, je n'ai jamais non plus cherché à me dérober aux charges et aux responsabilités de mon état ; j'ai cependant rêvé ceci : Un passant a la jambe écrasée par une voiture, le sang coule en abondance, il existe une grande plaie, j'éprouve une peur très vive et je m'enfuis... (Ici le réveil.)

L'orgueil, la jalousie, l'avarice, la haine, la colère, le besoin, le désir de détruire, de tuer ; la charité, la pitié, peuvent être observés pendant le rêve. Il arrive parfois que le rêveur n'a point du tout le même caractère qu'à l'état de veille. Il semble, pour comprendre ce fait, nécessaire d'admettre que si la plupart des rêves se manifestent selon les voies ordinaires du cerveau éveillé, si l'abus d'un centre amène un fonctionnement exagéré et intempestif de ce centre (ainsi le caissier qui, ayant calculé toute la journée, fait encore des additions en rêve), il existe aussi des *rêves de compensation*, c'est-à-dire occasionnés par le fonctionnement des centres négligés pendant la veille. Un exemple est fourni par ce fait : les gens qui, en veillant, ont leurs pensées accompagnées d'images visuelles, pauvres, obscures, à contours vagues et indécis, ont souvent en rêve de merveilleuses visions, nettes, précises, superbement colorées. Rien d'étonnant donc à trouver, par compensation, en rêve, chez un pacifique, des idées de destruction ; chez un brave, un sentiment de peur ; chez un chaste, des visions hideuses et dépravées (ce dernier phénomène est souvent en relation avec un état physiologique et a été noté, je crois,

chez beaucoup de religieux jeunes, soumis à la continence).

Notons aussi que le fonctionnement d'un centre inhibé sous des influences émanant d'autres centres pendant la veille peut, au cours du sommeil, ne plus rencontrer d'obstacles et d'entraves. Tel a peur en rêvant, il aurait peur aussi en veillant, si la volonté, la nécessité d'agir, la crainte de l'opinion, n'arrivaient le plus souvent à dominer ce sentiment.

III. — RÊVES GÉNÉRALISÉS. ÉTAT INTERMÉDIAIRE.

Quand on rêve que l'on rêve, on est bien près de s'éveiller. Cette vérité, dite il y a longtemps, est de tout point exacte. Mais, dira-t-on, peut-on rêver que l'on rêve? A cela, je répondrai oui, de la façon la plus formelle. Seulement, en pareil cas, l'excitation, le fonctionnement cérébral n'est généralement plus limité à un ou deux centres, il comprend la quasi-totalité des zones fonctionnant pendant la veille.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupé, en effet : 1° de rêves d'images non accompagnés de réveils d'actes instinctifs ou de sentiments, rêves de certaines parties antérieures du cerveau, de centres d'importance considérable, mais d'ordre accessoire (centres d'emmagasinement des images); 2° de rêves par excitation des centres de réaction instinctive, excitation se produisant soit par propagation du fonctionnement des régions antérieures, c'est-à-dire occasionnée par des rêves visuels, soit à la suite de troubles physiques de l'organisme, provoquant d'abord le réveil du cerveau occipital et s'étendant ensuite le plus souvent à certaines parties du cerveau antérieur, soit enfin par excitation mécanique de la région instinctive même, par un mouvement normal ou non, né en elle.

Indépendamment de ces deux cas, il existe des rêves se rapprochant davantage de la première catégorie, puisqu'ils comprennent des images verbales ou non, plutôt que des réactions franchement instinctives, mais comportant en plus qu'eux des actes intellectuels, infiniment plus complexes que le simple défilé d'images visuelles ou auditives. C'est un état voisin de l'état de veille, qui ne laisse, lui, que peu de place aux manifestations exclusivement instinctives, généralement modifiées ou refrénées.

Voici comment les choses se passent dans le cas observé — je ne cherche point à savoir d'ailleurs s'il s'agit d'une anomalie, tout au moins d'un phénomène rare, ne pouvant se rencontrer que chez des prédisposés, des nerveux. Ce sont des rêves du *deuxième sommeil* ou du *sommeil supplémentaire*. Je m'explique.

Lorsque le sommeil se fait d'une traite, qu'il est la réparation attendue d'une fatigue habituelle, il peut être traversé par ceux des rêves que nous avons précédemment décrits. Pour éviter toute confusion, notons que ces rêves déjà décrits comportent parfois certaines opérations intellectuelles relativement compliquées, et qui ne sont que la répétition de ceux que le sujet fait couramment dans la journée. Ainsi, on pourra noter « la faculté d'attention, d'observation, certaines déductions ou inductions toutes faites » (surtout chez les moteurs) (1), etc. Il ne s'agit là que des rêves normaux survenant au cours d'un sommeil normal.

Au contraire, chez certains sujets, nerveux, peu dormeurs, surexcités par le café, l'alcool, etc., en même

(1) On peut observer également les plus délicates nuances du caractère, amour-propre, susceptibilité, etc., etc. On note aussi une recherche de composition littéraire ou musicale ou de solution de problèmes; il en résulte parfois des associations d'idées des inspirations heureuses, dont, au réveil, on peut tirer parti.

temps qu'abattus par la fatigue, le sommeil prend parfois tout de suite, et dure, en une seule fois, quatre, cinq, sept ou huit heures. Au bout de ce temps, le dormeur se réveille, et s'il ne se lève point et cherche à se rendormir, il peut y parvenir, mais partiellement, c'est-à-dire d'un sommeil coupé de réveils brusques et constants ; les périodes d'assoupissement sont parcourues par une foule de rêves d'une intensité considérable, à forme hallucinatoire, et comprenant une série de raisonnements, d'actes intellectuels déjà très compliqués.

C'est une fermentation, une ébullition, une insurrection, pourrait-on dire, de tous les centres aptes à fonctionner, et tendant au réveil, voulant agir, et ne le pouvant pas. Là, se trouve l'extrême limite du rêve. Là, est le moment où l'on rêve que l'on rêve, où l'on comprend que les images que l'on voit sont un simple rêve, qu'elles n'ont point un caractère réel, et il arrive de penser « je rêve, je voudrais être éveillé » ou, lorsque quelque image effraye ou étonne, « c'est un rêve, inutile d'y attacher d'importance ».

Les principaux caractères de ce sommeil et de cette sorte de rêves sont :

1° L'accompagnement presque constant d'une sensation de malaise physique se traduisant par le désir d'agir, de remuer, et une hyperesthésie de la chaleur. Le dormeur se retourne dans son lit, se découvre, ne se trouve bien nulle part, parfois éprouve des démangeaisons ; le corps, comme le cerveau, las de reposer, demande à agir ;

2° La fréquence des réveils et la possibilité rapide de dormir à nouveau ou, pour mieux dire, de rêver à nouveau. Il suffit, lors des périodes de réveil, de penser à un objet et de fermer les yeux, pour s'endormir tout de suite en rêvant à l'objet en question, et pour en percevoir des images extrêmement vives ;

3° Le caractère hallucinatoire des images (1), et malgré cela, de temps à autre, grâce à des réveils fréquents, la compréhension qu'il s'agit de choses qui n'existent point en réalité ;

4° Souvent un besoin violent d'ouvrir les yeux pour s'assurer de l'irréalité des images, une impossibilité complète d'y arriver, malgré des efforts extraordinaires. J'ai noté, au cours d'un de ces rêves, cette réflexion : « Il faudrait que je pusse ouvrir les paupières avec les mains », après des efforts violents pour le faire, le réveil est survenu au moment où les mains se portaient aux yeux ;

5° Généralement une impossibilité d'éloigner, de ne pas voir les images qui se présentent, que l'on sait, que l'on sent fausses et dont on voudrait se débarrasser ;

6° Un réveil pénible avec fatigue et lourdeur de tête consécutives ;

7° Enfin souvent, le souvenir que le temps presse, qu'il est l'heure de se lever. Dans ce cas, le rêve prend la forme appropriée à cette pensée. On rêve que l'on regarde l'heure, que l'on s'habille. Si l'on se réveille et qu'il n'est point encore l'heure fixée, puis que l'on se rendorme, le rêve ne tarde pas à se représenter. Cependant, généralement, cette notion de l'heure ne se présente qu'aux confins de l'heure réellement fixée pendant la veille, comme s'il y avait eu emmagasinement de cette notion et numération exacte et inconsciente des heures.

(1) Exemple : On entend des coups frappés distinctement à l'une des portes de l'appartement. On comprend que c'est une hallucination ; l'on peut dans cet état la répéter à souhait, faire vibrer de la même façon et d'un nombre donné de coups toutes les boiserie. C'est-à-dire que l'on s' imagine les entendre, lorsqu'on le désire, que l'on peut noter des différences de hauteur dans le son, tenant au volume, à la résistance, à la hauteur des boiserie évoquées. Je ne sais si ce phénomène est fréquent, je l'ai noté plusieurs fois. Nul doute qu'il ne prédispose certaines personnes au spiritisme.

IV. — HYPOTHÈSES. LE CENTRE SUPÉRIEUR.

Il n'est point défendu de faire des hypothèses. Dans la plus incertaine peut résider une part de vérité, nécessaire à l'édification de théories plus proches de la réalité. Que l'on me permette donc d'exposer comment j'imagine les choses se passer.

On appelle *état de veille* l'état normal de fonctionnement psychogénique des centres cérébraux; *sommeil*, l'état normal de cessation de ce fonctionnement.

Ce sommeil peut être *incomplet* et le rêve nous semble déjà une preuve en faveur de la théorie des localisations, tendant à voir dans le cerveau une agglomération d'organes, plus ou moins unis, vibrant avec une plus ou moins complète synergie.

Mais le rêve, nous l'avons vu, peut être constitué par des manifestations de l'activité d'un, de deux, de plusieurs centres cérébraux, et nous avons analysé des états qui comportent non plus des vibrations de telle zone indispensable, mais à rôle secondaire, telle que les zones d'emmagasinement des sensations visuelles, auditives, verbales, etc., mais qui sont des actes d'intelligence émanant de centres beaucoup plus importants au point de vue psychique, puisqu'ils sont constitués et par des raisonnements d'ordre plus ou moins compliqués, et par des phénomènes d'observation, voire même d'auto-observation.

A vrai dire, il ne s'agit jamais que de la réapparition d'actes, de courants élaborés à l'état de veille; ces actes, ces courants suivent en zigzag la *voie d'effort moindre*, c'est-à-dire d'excitabilité plus grande des parties avec lesquelles les cellules vibrant se trouvent en rapport.

Mais, entre la veille et le rêve, si généralisé que soit

ce dernier, il y a toujours une différence ou plutôt des différences.

1° *Le manque de coordination logique* des divers éléments du rêve. Il y a coordination mécanique, physique, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que l'excitation de telle cellule se transmet à telle autre, en vertu des relations de voisinage ou de communication facile avec cette dernière ; mais il n'y a pas coordination logique ou imposée, puisqu'une image amène l'apparition d'une autre, pouvant lui ressembler, il est vrai, par certains caractères, mais non celle à laquelle elle devrait rigoureusement aboutir à l'état normal de veille.

Les fragments de raisonnement logique qui parsèment et traversent le rêve, ne sont que la reproduction d'identiques fragments d'argumentation faite à l'état de veille, mais qui, dans le premier cas, aboutissent par superposition à des absurdités, tandis que, dans le second, ils sont les parties d'un tout harmonieux et raisonnable.

2° *La passivité absolue dans l'apport des matériaux.* En effet, au cours du rêve, les images, les raisonnements défilent d'une façon absolument automatique et modifiable par le dormeur.

Manque de coordination logique entre les éléments du rêve, *passivité dans leur apport*, telles sont les deux grandes caractéristiques de cet état, tels sont les signes distinctifs qui différencient le champ psychologique du dormeur de celui de l'homme éveillé.

Or, il est possible et même logique d'admettre que ces différences correspondent à des différences de fonctionnement, et que, chez l'homme éveillé, il y a dans le cerveau quelque chose qui fonctionne en plus de ce qui fonctionne dans le cerveau du dormeur.

Ce quelque chose sera donc le ou les centres de *coordination intellectuelle supérieure, de fixation des maté-*

riaux fournis par les autres régions cérébrales. Comparons les groupes cérébraux à des départements, à des villes d'importance diverse, mais d'un même pays ; il en est — ce centre ou ce groupe de centres d'idéation supérieure — la capitale, à laquelle aboutissent tous les renseignements, de laquelle émanent tous les ordres, toutes les mesures d'intérêt général.

Il est pour les éléments fournis par les autres centres l'applicateur de l'ordre naturel qu'impose à lui l'ordre naturel des phénomènes extérieurs. Il est, si l'on préfère, la machine, la plaque sensible à laquelle les données de l'extérieur aboutissant avec une certaine incidence, sont par lui renvoyées avec une réfraction dont l'indice constitue la caractéristique psychique même de l'espèce humaine ; les unes fixées et élaborées, les autres écartées et repoussées.

De là le repos profond qui lui est nécessaire.

Au contraire les autres, dont le fonctionnement est moins constant, se réveillent aisément au cours de son sommeil.

Ce centre de coordination, de fixation, pourrait s'appeler centre intellectuel supérieur, par abréviation centre supérieur C. S. Il est le noyan, le suprême échelon du cerveau antérieur disposant d'une façon immédiate des autres centres antérieurs, centres indispensables, mais subalternes, appartenant à deux catégories différentes :

1° Des centres *réceptifs* et d'emmagasinement de sensations (mémoire visuelle, auditive, verbale visuelle ou auditive) ;

2° Des centres de réactions et d'emmagasinement, de mémoire de réactions (mémoire motrice, mémoire motrice, verbale ou graphique).

Ces centres en relation avec le centre supérieur, le C. S., sont également en relation entre eux ; de là, des opérations intellectuelles d'ordre secondaire, faites et

exécutées à son insu ; de là des rêves intellectuels relativement compliqués.

Le centre supérieur se trouve naturellement en relation avec le cerveau occipital, avec la moelle, et par son entremise avec tout l'organisme. Il agit sur la zone motrice du cerveau dont il partage le commandement avec le cerveau occipital ; tous deux se renforçant ou se contrariant ; la victoire (acte) appartient à celui dont l'influence est prépondérante.

Le fonctionnement du centre supérieur étant synonyme d'état de veille, toute cause abolissant son sommeil, occasionne le réveil, de quelque territoire qu'elle émane ; c'est ce qui arrive lorsque, au cours des rêves, quelle que soit la nature de ces rêves, c'est-à-dire quel que soit le territoire (antérieur ou postérieur) au fonctionnement desquels ils soient dus, l'activité des cellules qui les occasionnent amène, par propagation, celle du centre supérieur. Les rêves des cellules présidant aux actes instinctifs (la peur en particulier) par la violente secousse qu'elles infligent à tout le cerveau, par suite à tout l'organisme, déterminent très souvent ce résultat.

Nous arrivons donc à définir : *sommeil complet*, le repos du cerveau tout entier ; *état de veille*, l'état de fonctionnement du centre supérieur ; *sommeil partiel*, l'état de repos du centre supérieur avec fonctionnement de groupes plus ou moins étendus de cellules appartenant à d'autres centres.

Est-ce aller trop loin maintenant que d'assimiler à ce sommeil partiel de l'état normal, sommeil partiel comportant au minimum le repos du centre supérieur, le sommeil dit *hypnotique* ? Voyons d'abord en quoi ils diffèrent.

1° *Dans le sommeil hypnotique, une coordination plus grande, parfaite parfois, entre tous les phénomènes,*

entre tous les actes; mais cette coordination supérieure à celle du rêve, nous pouvons l'attribuer à ce fait que chez l'hypnotisé, tous les centres (sauf le centre supérieur) sont éveillés, et fonctionnent dans leur plénitude, sinon même au delà, car l'inhibition du centre supérieur ne se fait plus sentir, d'où l'intensité du fonctionnement de centres plus libres, livrés à eux-mêmes, alors que chez le dormeur, il n'y a qu'un certain nombre de centres éveillés et n'ayant chacun qu'un fonctionnement partiel, bien des cellules restant ou endormies ou à moitié endormies.

2° *La facilité du réveil dans le sommeil ordinaire*, sa difficulté par un moyen banal à l'état hypnotique, différence explicable par la cessation complète du fonctionnement, le repos absolu, dans ce dernier état, du centre supérieur, sur lequel on a directement agi, d'où pour l'hypnotisé, la possibilité de marcher, de sauter, de courir, tandis que le dormeur s'éveille au moindre bruit; à noter cependant que chez les sujets prédisposés, le sommeil normal comporte parfois un repos du centre supérieur, comparable à celui de l'hypnotisé; ainsi le *somnambule* se lève la nuit, exécute une foule d'actions sans se réveiller.

3° *La suggestibilité plus vive dans l'hypnotisme*, reconnaîtra la même cause: la profondeur du sommeil du centre supérieur qui permet de faire vibrer toutes ses mémoires, de provoquer toutes ces réactions; tandis que chez le dormeur, le moindre cri, le moindre bruit peuvent provoquer au début l'image ou la réaction appropriées, mais ne tardent point à provoquer le réveil.

4° *L'oubli consécutif au réveil de l'hypnotisé; le retour des souvenirs lors d'un nouveau sommeil hypnotique*. C'est le phénomène le plus difficile à expliquer; notons que très certainement, la plupart des rêves du sommeil normal sont, eux aussi, oubliés au réveil, et que parfois

quelques-uns sont partiellement retrouvés lors d'un sommeil ultérieur sous l'influence de circonstances appropriées. Que conclure de ceci ? Peut-être que toute mémoire locale, toute mémoire d'un groupe donné de cellules n'est perçue d'une façon constante et définitive que lorsqu'elle est parvenue à l'élaboration du centre supérieur ; le souvenir d'un acte pouvant rester dans le centre ayant présidé à cet acte et y persister longtemps, mais n'être conservé dans le centre supérieur que s'il a été en quelque sorte fixé par ce dernier ; les rêves dont on se souvient seraient ceux-là seuls qui se sont produits lors d'un réveil *partiel* du centre supérieur (réveil d'un groupe de cellules de ce centre, ou réveil très fugace du centre entier) (1).

5° *La suggestion, la conservation d'un ordre donné au cours du sommeil hypnotique et exécuté inconsciemment ensuite.* Dans ce cas, comme dans le précédent, il y a eu dissociation dans le mécanisme cérébral ; un groupe de cellules a agi et continue d'agir pour son propre compte. Le centre supérieur, n'ayant point reçu l'ordre au moment où il a été donné, parce qu'il était alors profondément endormi, n'a pu le conserver, se l'approprier ; les cellules des autres centres agissent comme si rien ne s'était passé ; le sommeil du centre supérieur ne s'étendant pas à elles, les seules différences pour elles entre l'état de veille et l'état hypnotique ne proviennent que de la cessation de leurs communications avec le centre supérieur ; elles n'influencent ni leur vie, ni leur activité propre. Des phénomènes assez analogues, mais dus peut-être au mécanisme inverse (fonctionnement et réveil du centre supérieur) se produisent souvent au

(1) Ces réveils partiels permettent de constater des rêves des centres instinctifs comportant des scènes, des tendances, des sentiments depuis longtemps oubliés, et ayant persisté en eux. (Voir page 363.)

cours du sommeil normal (on arrive à se réveiller, à l'heure à laquelle on désire se réveiller).

CONCLUSIONS.

Je ne veux point, à propos de vues purement hypothétiques, entrer dans de plus longs développements. Pour conclusions aux quelques réflexions que je présente aux lecteurs, je dirai :

Le rêve est occasionné par le fonctionnement partiel du cerveau. Il existe des rêves d'images, des rêves d'actes sentimentaux ou instinctifs issus des premiers, ou occasionnés par un état particulier de l'organisme, les uns paraissant dus au réveil partiel du cerveau antérieur, les autres à celui du cerveau postérieur. Ces rêves comportent des raisonnements, des associations d'idées tout faits, l'évocation des manifestations les plus compliquées du caractère.

Il existe un état voisin du réveil, noté seulement chez des nerveux, que la netteté des images, leur caractère hallucinatoire, la possibilité d'une certaine auto-observation, l'hyperesthésie concomitante peuvent faire considérer comme la limite du rêve, l'état le plus voisin possible de la veille.

Enfin, je considère comme nécessaire à l'état de veille, le fonctionnement d'un centre de coordination intellectuelle supérieure, de fixation et d'élaboration des matériaux fournis par les autres centres. Admettre ce centre conduit aux définitions suivantes :

Sommeil d'un centre. — Etat de cessation du fonctionnement psychogénique de ce centre.

Sommeil normal complet. — Etat de cessation de fonctionnement psychogénique du cerveau entier.

Sommeils partiels. Rêves. — Etat de repos du centre

supérieur ; fonctionnement partiel ou total d'autres centres (rêves partiels ou généralisés).

Veille. — Etat de fonctionnement du centre supérieur (avec, peut-être, sommeil possible d'autres centres ?).

Sommeil hypnotique. — Etat de sommeil profond et durable du centre supérieur ; l'état des autres ne différant de l'état normal que par la cessation de leurs communications avec le centre supérieur, d'où une plus grande intensité dans leur fonctionnement.

Ajoutons que, comme tous les autres centres, ce dernier serait sujet à certaines maladies (dans certains genres de démence ?) ou inhibé à l'état normal, surtout chez des prédisposés ou sous l'influence du fonctionnement exagéré d'autres centres. Ainsi le fonctionnement intensif d'une zone visuelle pourrait produire l'*hallucination* au cours de laquelle il y aurait inhibition du centre supérieur. Cette inhibition totale ou partielle, longue ou courte, parfois sujette à des alternatives rapides, pourrait se rencontrer lors des rêves généralisés de l'état intermédiaire. (Voir paragraphe 3, page 364.)

Je ne me dissimule point le caractère problématique de quelques-unes des réflexions que je présente aux lecteurs, mais je ne suis point de ceux qui pensent qu'il est interdit de faire des hypothèses, et je crois qu'elles sont bonnes lorsqu'elles sont sincères et qu'elles s'appuient sur un certain nombre de faits minutieusement observés. Je crois aussi qu'étudier le rêve est un moyen d'investigation précieux, qui n'a point encore donné tout ce qu'on en devrait attendre, ni, sans doute, dit son dernier mot.

Pathologie

DEUX CAS

DE

FOLIE HYSTÉRIQUE

D'ORIGINE INFECTIEUSE

Par le Dr Th. TATY

Chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine
de Lyon.

Le rôle important des agents infectieux dans la genèse de l'hystérie a éveillé en ces dernières années l'attention des observateurs. Signalées d'abord comme des causes étiologiques banales, les infections sont devenues des agents provocateurs (Th. Guinon, 1889), et, depuis lors, elles tendent à prendre la valeur d'un facteur étiologique capable de créer la maladie de toutes pièces. Charcot, Landouzy, Grasset, l'ont vue se développer à la suite de la fièvre typhoïde; Debove l'a rencontrée après la diphtérie. Grasset l'a observée après la pneumonie, la scarlatine, la grippe même; Fournier après la syphilis et l'impaludisme. D'autre part, dans les derniers congrès de médecine mentale, à La Rochelle et à Clermont-Ferrand, MM. Charpentier et Régis, entre autres, ont insisté sur les caractères des délires hystériques et leur analogie frappante avec les délires par intoxication dont le type est le délire alcoolique.

M. Pierret, dans ses cours sur les maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, dit que les infections peuvent agir sur le système nerveux en général de deux façons, l'une précoce, l'autre tardive. Lorsqu'elles porteront sur le système central et le cerveau en particulier, l'action précoce donnera naissance à des délires aigus

dont le délire aigu typhique est l'exemple le plus saisissant; l'action tardive, au contraire, fera apparaître des troubles mentaux moins tapageurs dont le rapport avec la cause infectieuse sera moins facile à saisir. Pourquoi ces troubles mentaux revêtiront-ils telle ou telle modalité clinique, depuis la manie ou la confusion mentale la plus accusée jusqu'à ces simples troubles limités qu'on a appelés des aboulies, des amnésies ou des rétrécissements du champ de la conscience? La réponse à cette question serait la solution du plus ardu problème de la psychiatrie, et c'est dans la genèse de ces modalités qu'il faut faire entrer en ligne de compte la notion des régions atteintes et celle de l'hérédité, des chocs cérébraux de la vie intra-utérine et de la première enfance, de l'éducation et de la lutte pour la vie avec ses mille accidents physiques ou moraux dont chacun laisse sa trace sur la cellule cérébrale, soit lésion directe, soit trouble fonctionnel physico-chimique.

« On observe tous les jours, en clinique, a-t-il dit déjà au Congrès de Rome (Pierret. *Pathologie des cicatrices cérébro-spinales. Leur rôle dans la réapparition de symptômes nerveux localisés chez les malades soumis à des intoxications de cause variable*, mars 1894), des phénomènes morbides fugitifs, localisés pourtant, qui ne sont pas dus à autre chose qu'à l'accumulation accidentelle de substances toxiques en des points limités du système nerveux. Les cellules ganglionnaires, et peut-être les tubes contenus dans ces régions, se trouvent ainsi temporairement exposés à subir des actions physico-chimiques inusitées, qui, modifiant la formule de leurs réactions biologiques habituelles, engendrent un dynamisme nerveux, excessif, insuffisant ou peut-être dévié. De là des parésies, des paralysies, des spasmes, des états convulsifs, épileptoides, tétanoïdes, hystériformes, et même des délires partiels, des hallu-

cinations limitées, des amnésies, enfin toute une série de phénomènes variables selon les régions intéressées, la nature des poisons, la durée de leur action et aussi la personnalité chimique des sujets atteints. »

Nous avons eu l'occasion d'étudier avec notre maître, dans son service de l'asile de Bron, deux cas de folie hystérique développée à la suite des maladies infectieuses dont nous donnons ici l'observation détaillée, et qui nous paraissent de nature à corroborer ce que nous venons de dire, et à jeter quelque lumière sur la pathogénie de l'hystérie.

OBSERVATION I.

Folie puerpérale à forme mélancolique. — Eclampsie. — Début un mois après l'accouchement. — Hystérie secondaire. — Hystérotocie. — Fièvre typhoïde dans le cours de la maladie.

F... (Eugénie), femme Sa..., ménagère, vingt-trois ans, mariée. Entrée à l'asile le 5 mars 1893.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un grand-père maternel en bonne santé. Six frères ou sœurs, dont quatre encore vivants. Un oncle maternel faible d'esprit.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure; mariée il y a vingt-sept mois; deux enfants en bonne santé, un garçon et une fille; la naissance de cette dernière remonte au mois de novembre 1892. La malade avait un caractère vif et changeant; mais ce n'est que depuis trois mois qu'elle a commencé à être malade. Elle se portait très bien auparavant, et jamais n'avait présenté de signes d'aliénation, ni de crises convulsives d'aucune sorte.

Elle eut, un mois après son accouchement, un accès d'agitation maniaque, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle voyait tantôt une femme qui voulait lui enlever son enfant, tantôt des gens inconnus qui venaient le lui prendre. Elle ne dort pas depuis quinze jours environ. Elle parle sans cesse de gens imaginaires. Depuis deux jours, elle n'a pas donné le sein.

6 mars. — La malade est très agitée à son entrée, réclame son mari. Elle a dormi ou plutôt n'a pas crié et a mangé un peu. Pas de fièvre.

Ce matin, elle est plus calme, répond assez bien aux questions qu'on lui pose, mais la parole est saccadée. Le visage a une expression de satisfaction quand elle répond. Elle dit être bien d'accord avec son mari et ses voisins.

9 mars. — La figure a une expression mélancolique, anxieuse. Elle est calme, se met à pleurer quand on l'interroge, demande à voir ses enfants et son mari.

Rien au cœur ni aux poumons.

Le ventre est souple, non douloureux à la pression. Rien à noter du côté des organes abdominaux.

Pas de pertes utérines. Urines : ni sucre ni albumine. Traitement : purgation. Compression des seins. Vin de peptones.

20 mars. — La malade va mieux au point de vue mental. Elle est néanmoins un peu faible. Pleure en demandant ses enfants. Toujours très constipée.

6 avril. — A neuf heures du soir, elle a pris une *crise convulsive*. Les membres supérieurs sont agités de secousses violentes et se tordent en pronation. Secousses dans les membres inférieurs, beaucoup plus fortes. Mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche. Pas de perte de connaissance. La malade pousse des cris et ne donne aucune réponse. Dyspnée assez marquée avec des moments d'apnée. Pas de rythme de Cheyne-Stokes vrai. Rien aux poumons. Rien au cœur ; pouls régulier, pas de fièvre.

Depuis cinq jours, elle *n'a pas eu de selles*, malgré le traitement. Les urines contiennent de l'albumine.

Traitement. Lavements de chloral. Lavements froids. Ventouses à la région lombaire. Régime lacté.

Depuis plusieurs jours, la malade était triste, refusait toute nourriture. Température : 37 degrés. *Diminution dans la quantité des urines.*

7 avril. — La malade a été calme après son lavement de chloral et a pu dormir.

10 avril. — Analyse des urines.

Coloration foncée. Réaction acide. Densité : 1021. Volume total : 573 centimètres cubes.

Résidu fixe, 26 gr: 36 par 573 centimètres cubes.

Urée, 17 gr. 19.

Acide urique, 0 gr. 38.

Acide phosphorique, 2 gr. 30.

Chlore, 3 gr. 10.

Acide sulfurique, 2 gr. 85.

Pas d'éléments anormaux.

21 avril. — Depuis la veille au soir la malade est dans un état *semi-comateux* auquel succède par moment un état de sub-excitation avec accès de rire. Ces deux formes alternent pendant toute la journée. Elle n'a pas pris de nouvelles crises.

La malade n'a pas uriné depuis hier au soir; la vessie est vide. Lavements froids. Ventouses sèches.

10 mai. — La malade est dans un état de demi-stupeur, refuse de prendre des aliments; on est obligé de la nourrir à la sonde.

Urines : trouble par la chaleur qui disparaît par l'acide azotique.

1^{er} juin. — A une tendance marquée à garder les attitudes qu'on lui donne. Les membres supérieurs, en particulier, restent dans la position où on les met.

17 juin. — Elle se fait nourrir à la sonde de nouveau. Puis, vers le 7 juillet, elle commence à parler et à travailler. A la suite d'une visite où on lui a amené son petit enfant, elle a pris des allures enfantines. Lorsqu'on entre dans la salle, au moment de la visite, elle fait une sorte de salut militaire, d'un geste lent, et reste dans cette attitude tant que le médecin lui parle. Elle répond à la façon d'un bébé, à mi-voix, en baissant la tête, esquissant un timide sourire. Elle a les yeux fermés par un spasme de l'orbiculaire; pas de lésions oculaires. Elle regarde en dessous et est attentive à tout.

21 février 1894. — Réapparition des règles venues la dernière fois le 9 avril 1893.

22 mai. — R. glée de nouveau le 16 mai sans qu'on ait noté dans son état la plus légère amélioration. Elle est toujours dans le même état *pseudo-cataleptique*, ou de stupeur incomplète, car la malade voit ce qui se passe et n'y est pas indifférente. Se met parfois à crier brusquement ou à rire aux éclats; elle est immobile, avec cette tendance déjà notée à conserver indéfiniment toutes les attitudes possibles (tenir un irrigateur le bras étendu).

A l'air sournois. Répète les mêmes mots : « Oui, monsieur, je me trompe, monsieur. Des fois je pourrais vous fâcher, monsieur, je vous parle tant poliment que je peux, monsieur. »

D. Pourquoi vous tenez-vous ainsi? — R. Parce que je suis imbécile. Je ferme les yeux parce que j'ai peur de regarder trop loin. Je suis encore imbécile, je ne comprends rien, monsieur. Je connais pas cette vic. Il y a des sujets qui passent devant mes yeux et me bouchent la vue.

Monotonie du langage. Gâteuse de jour et de nuit; n'a plus de crises. Fait du bruit la nuit, crie et chante, se rappelle la date de son accouchement et de son entrée, va à la selle régulièrement. Urines : précipité par la chaleur d'urates qui se dissolvent dans l'acide azotique.

1^{er} février 1895. — Etat de demi-stupeur. Pouls filiforme. Bave. Tend à garder les attitudes pendant deux à trois minutes. Pousse des cris répétés à intervalles réguliers et rapprochés. Très malpropre. Boit l'eau stagnante après les pluies.

15 février. — La malade se mord les doigts et les mains; on est obligé de l'attacher. Elle se fait des blessures qui ont pris un certain caractère de gravité, étant donnés les troubles de la circulation périphérique. Les extrémités des médus des deux côtés sont devenues absolument noirâtres. Les deux mains sont cyanosées. Pansement antiseptique et manchon.

20 février. — Hier la malade a été très agitée. En allant aux cabinets, elle a essayé de passer par le trou. Elle est ensuite rentrée dans la salle, s'est jetée à terre en se frappant la tête contre le sol, disant qu'elle voulait mourir pour ne pas rester plus longtemps au milieu de gens qui la trahissent. L'accès d'agitation a duré près de deux heures. Elle s'est ensuite calmée et a dormi une partie de la nuit.

21 février. — Hier nouvel accès d'agitation à la même heure.

22 février. — La malade est de plus en plus agitée, manifeste des idées de suicide, se jette la tête contre les murs. S'est décamisolée la nuit et a cassé les vitres. Bain prolongé.

23 février. — Plus calme.

24 mars. — La malade est de nouveau très agitée, crie et se débat. On est obligé de la fixer au lit. Elle a constamment les mains portées vers ses organes génitaux et s'écriche. Diarrhée depuis deux jours.

Aux poumons, il semble y avoir un peu d'obscurité à gauche et de submatité du même côté au niveau de l'épine de l'omoplate. Respiration régulière mais superficielle. Cyanose des lèvres légère.

Rien au cœur.

L'examen des organes abdominaux est impossible, la malade contractant énergiquement ses parois abdominales. Le ventre ne paraît pas douloureux à la pression.

Urine normale.

Pas d'appétit. On peut à grand-peine lui faire avaler quelques gorgées de lait.

Température rectale, 40°,4.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

25 mars. — T. R. M. 39°,2, T. R. S. 39°,4.

26 mars. — Plus de calme. A dormi la nuit. A pris un peu de lait. Cyanose des lèvres disparue. Un peu de rougeur de la face à gauche.

Rien d'appréciable aux poumons, ni au cœur.

Deux selles diarrhéiques. T. M. 39°,3, T. R. S. 40°,2.

Depuis cette date jusqu'au 6 avril, on assiste à l'évolution d'une fièvre typhoïde. Les taches rosées lenticulaires apparaissent le 27 mars à l'abdomen et à la poitrine, ainsi que le gargouillement iliaque, la matité splénique et des râles de bronchite, à gauche surtout.

La température oscille du 27 au 31 mars entre 40°,2 et 38°,2 avec ascensions vespérales au-dessus de 39 degrés.

Lotions froides. Antipyrine, 0 gr. 50 toutes les fois que la température prise toutes les quatre heures dépasse 39 degrés.

L'urine contient de l'urée en quantité considérable. L'état mental se caractérise par de l'excitation avec loquacité.

Au 6 avril, la fièvre commence à tomber. La température descend le matin entre 37 et 38 degrés et ne dépasse pas 38°,5 le soir.

Elle s'intéresse davantage à ce qui l'entoure, reconnaît le médecin. Demande à manger.

12 avril. — La défervescence s'accroît et le 13 la température descend au-dessous de 38 degrés le soir. La malade, très calme, entre en convalescence, elle demande énergiquement à manger. On lui permet deux œufs et elle remercie avec effusion. Elle s'exprime en patois, quoiqu'elle sache parler français. Elle répond assez raisonnablement et ne fait plus ses gestes enfantins.

23 avril. — La malade, qui dans le cours de sa typhoïde avait été relativement raisonnable, se remet depuis un jour à répondre bêtement, à faire ses gestes enfantins, à lever la main à l'entrée de la visite et à la tenir ainsi quelques minutes; en un mot, elle a repris les allures signalées au début de l'observation.

25 avril. — Elle prétend ne plus s'appeler S... (nom de son mari), mais bien Eugénie F... Elle dit que toutes les fois qu'on lui donne le nom de son mari, on lui fait commettre un sacrilège. Elle est divorcée, ne veut pas se remarier, etc.

16 mai. — Se plaint de douleurs à l'anus. Prolapsus rectal léger avec hémorroïdes donnant un peu de sang.

20 mai. — Même état mental. Ses cheveux tombent beaucoup. Elle en arrache de plus une bonne partie à poignées.

1^{re} juin. — Un peu moins hébétée. Parle toujours patois. Se promène un peu. Balaye les galeries avec son tablier. Mange bien. Mais il faut la faire manger à la cuiller, car elle ne mangerait pas seule. Il faut la tenir de force et l'obliger à avaler la première cuillerée. Alors, cela fait, elle dit qu'on ne la tienne plus, qu'elle va manger toute seule, et elle continue en effet, mais il faut toujours lui donner à la cuiller. Elle mangerait ainsi tant qu'on lui présenterait des aliments et il faut l'arrêter. On peut lui parler de son mari. « Elle sortirait si la porte n'était pas fermée. Elle travaillerait pour son enfant. »

Depuis cette époque l'état physique et l'état mental restent les mêmes, la malade passant par des phases d'agitation et de demi-stupéur.

OBSERVATION II.

Attaques convulsives d'hystérie. — Stupeur. — Phases cataleptoïdes. — Phases de mélancolie anxieuse. — Mort par tuberculose pulmonaire.

G... (Marie-Eugénie), femme G..., tisseuse, vingt-huit ans, mariée, entre à l'asile le 15 mars 1895.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, soixante et onze ans. — Mère morte à soixante-neuf ans. Était un peu nerveuse, mais n'a jamais eu de maladies. Avait quarante-trois ans quand la malade est née. Deux frères encore vivants, bien portants.

Il n'y a jamais eu de maladies nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais eu d'accidents nerveux. Le mari ne l'a jamais vue malade depuis douze ans qu'il la connaît.

A eu un garçon il y a quatre ans. Pas d'accidents après les couches.

Vers la Toussaint 1894, chagrins de famille et préoccupations d'intérêt. Quelque temps après, elle alla chez un voisin, y but deux verres de vin qu'elle revomit et qui l'enivrèrent. Elle prit alors des sortes de crises où elle perdait connaissance, serrait les dents et avait de grands mouvements (convulsions cloniques). Elle resta deux jours dans cet état, refusant de parler et de manger.

Pendant une semaine et demie, accalmie, et retour à l'état

presque normal ; puis, progressivement, elle est devenue absorbée, silencieuse. Elle ne parlait pas, et refusait parfois de manger et de boire. Elle restait parfois cinq ou six jours sans manger, puis se remettait à manger beaucoup. Elle ne disait rien, se reculant vivement lorsqu'on essayait de la toucher, ne demandait rien, restant indifférente à ce qui se passait.

Pas de tentatives de suicide ; cependant, elle aurait tenté une fois de boire du pétrole.

En partant de chez elle pour venir à l'hôpital, elle s'est mise à pleurer, mais n'a rien dit.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1895, service du D^r Devic.

À l'entrée, état de stupeur profonde ; ne répond à aucune question, semble insensible à tout ce qui l'entoure, ne réagit à aucune des piqûres faites sur différents points du corps. Ne présente pas de paralysies. Aucun trouble des divers organes. Réflexes un peu exagérés.

Elle refuse de manger, et on l'alimente avec la sonde nasale.

7 mars. — Ce matin, elle a eu une crise de larmes, a déclaré qu'elle voulait qu'on la tuât, parce qu'elle avait accusé à tort « Taillebois », puis parce qu'elle avait commis des péchés, parce qu'elle avait tué.

Elle résiste violemment quand on l'alimente avec la sonde.

8 mars. — Etat stationnaire. Ce matin, elle a tenté de s'asphyxier en se serrant les narines et en fermant la bouche. Toute la journée, elle a renouvelé ces tentatives. Elle arrive à rester 30 et 60 secondes sans respirer ; puis, malgré elle, elle fait une grande inspiration et recommence.

Depuis cette époque, n'a plus dit une seule parole. Reste couchée sur le dos, immobile ; à de très rares intervalles, fléchit tantôt un membre inférieur, tantôt l'autre. Ni œdèmes, ni éruptions. L'œil est ouvert, clignote rarement, le regard est fixe. Jour et nuit, c'est la même attitude. Les traits de la face ne sont pas contractés. Pas de pyalisme. Quelquefois des larmes coulent sur les joues. Pupilles égales, moyennement dilatées, réagissant faiblement à la lumière.

Après qu'on l'a nourrie à la sonde, la peau se couvre de sueurs. Les piqûres superficielles ou profondes ne sont pas senties ou du moins ne provoquent aucun mouvement de défense, aucune contracture musculaire. C'est à peine si des piqûres fortes de la sous-cloison déterminent une légère contraction des muscles de la face.

On éprouve une légère résistance quand on veut fléchir et

étendre alternativement les divers segments des membres les uns sur les autres.

Les évacuations se font bien. On n'a jamais été obligé de sonder la malade. Urines sans sucre ni albumine.

Respiration régulière, un peu superficielle.

Cœur normal. Température normale.

On ne sait si elle dort, car elle a toujours les yeux ouverts. On ignore également depuis combien de temps elle n'a eu ses règles.

Transférée à l'asile du Rhône, le 15 mars 1895.

Même état. Il semble y avoir un délire actif avec hallucinations de l'ouïe. La malade paraît écouter. Il existe un écoulement séro-purulent dans les deux oreilles, plus abondant à droite. Antisepsie. Lavages.

2 avril. — Urines acides, limpides; ni sucre, ni albumine.

A tenté de se suicider à plusieurs reprises : 1° en s'enfonçant dans la gorge un petit flacon de verre, puis le tuyau métallique d'un injecteur; 2° en retenant sa respiration comme elle avait fait à l'Hôtel-Dieu.

A part ces tentatives, l'état général est le même que plus haut.

28 avril. — G... est restée dans l'état précédent jusque vers le 20 avril. Traitement : chlorhydrate de morphine de 0,02 à 0,08, doses progressives.

A la fin de cette période, en lui soufflant sur les yeux, on obtient des mouvements de défense, des mouvements de déglutition et des larmes. Puis, elle a paru aller mieux et demandait même à se lever, mais elle ne voulait le faire qu'avec un vêtement à elle. A la suite d'une visite de son mari qu'elle avait bien reçu et qu'elle voulait suivre pour partir, elle est retombée dans la stupeur, ne parlant plus et refusant de manger.

La température, qui oscillait au-dessous de 37 degrés, s'était relevée un peu depuis trois jours; la malade paraît plus prostrée. Purgation. Trois selles. Suppression de la morphine.

11 mai. — Toujours même état. Température au-dessous de 37 degrés. On donne une douche très faible par jour.

La malade se défend, crie et sanglote.

A la suite des douches, la température se relève et atteint un jour 37°,8. L'allure est meilleure.

Néanmoins, on n'a de selle qu'avec les lavements glycinés. Une eschare fessière, qui s'était montrée dès l'entrée, paraît tendre à guérison.

19 mai. — A pris sept douches depuis le 11 mai. Aujourd'hui, état profond de stupeur. Tremblement rythmé des membres. Raideur généralisée. On peut soulever la malade par les talons.

Les yeux sont tantôt fermés, tantôt ouverts. Pas de douche.

20 mai. — Ce matin, elle a demandé à manger et a mangé seule. Pupilles égales réagissant à la lumière, sensibilité de la conjonctive normale à gauche, retardée un peu à droite. La lèvre droite se contracterait aussi un peu moins au chatouillement à droite qu'à gauche.

On peut enfoncer une épingle dans la peau sans obtenir un mouvement de défense ni une expression de douleur.

23 mai. — Pendant qu'on nourrissait la malade, elle a fait une tentative d'asphyxie, s'est cyanosée, puis a repris sa respiration.

Quand on examine la malade, elle présente, au début de l'examen, des contractures musculaires très énergiques qui cèdent peu à peu. La conscience persiste, la malade se défend. La sensibilité existe à droite. Les yeux sont ouverts; ils se ferment quand on souffle dessus. Quand on s'approche de la malade, les mouvements respiratoires s'accroissent. Il y en a 50 à la minute. Si l'examen se prolonge un quart d'heure, ce chiffre tombe à 40.

On ne note toujours rien d'anormal du côté du cœur. Au poumon, la respiration est superficielle. Pas de toux. Pas d'expectoration.

31 mai. — Depuis deux jours, la malade n'est plus gâteuse. Elle se lève et va faire ses besoins seule; elle ne demande pas d'aide. Hier, en voyant passer une infirmière, elle lui a demandé du papier et dit qu'elle voulait écrire une lettre. Elle a écrit la lettre suivante que nous reproduisons telle quelle :

Lyon 1

1894

Cher frère,

Viens me voir au plutôt le temps me dure de te voir je t'ai point fait du mal pourqu ta sœur dévoue,

MARIE G...

L'écriture est tremblée; les jambages des lettres sont festonnés, et les festons sont à angle aigu, les pointes tournées en dehors. La date prouve que la malade ignore où elle est, et l'époque de l'année où nous sommes arrivés. Il semble qu'elle

se croie encore à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les caractères sont de plus en plus tremblés, et la lettre ne porte pas d'adresse.

Après avoir écrit, elle est retombée en stupeur.

6 juin. — L'agitation et les mouvements convulsifs qui se produisaient au moment de l'examen de la malade ont cessé. La stupeur n'est plus complète. On voit apparaître des troubles lypémaniques anxieux; la malade gémit, sa figure revêt une expression de souffrance et d'anxiété; les traits s'émacient. La température se relève au-dessus de 37 degrés et atteint même un jour 38 degrés. Mais on ne peut saisir rien d'anormal à l'auscultation, tout examen agitant la malade. Il n'y a ni toux, ni expectoration. Les selles sont régulières ainsi que la miction.

A la suite de l'administration de chlorhydrate de morphine, un peu de calme revient. Mais la malade est gâteuse. Les 9 et 10 juin, elle tente à deux reprises d'avalier des épingles qu'elle a enlevées de la robe d'une voisine, et elle oppose une vive résistance quand on veut les lui enlever.

Jusqu'au 29 juin, elle reste dans cet état; il faut la nourrir à la sonde, elle a des alternatives de gâtisme; à d'autres moments, elle se lève seule pour aller au bassin.

Le 29, elle prend d'elle-même un pot de lait et le boit à genoux sur son lit.

Dès lors elle s'alimente seule, mais ne veut prendre que du lait. L'état mental semble meilleur. La malade reçoit la visite de son mari et lui parle beaucoup. Mais par contre, l'état général reste mauvais, et on trouve de l'obscurité de la respiration. Cet état persiste jusqu'au 30 juillet.

Le 31 juillet, diarrhée. La température descend au-dessous de 37 degrés. L'état général empire.

Le 16 août, la température s'élève à 38°,2. On trouve de la matité et de l'obscurité aux deux poumons. Pas de toux. Pas d'expectoration.

Dès ce moment, on assiste à l'évolution d'une tuberculose à marche rapide qui arrive rapidement à la fonte purulente. La stupeur persiste, mais la malade ne se défend plus et ne se contracte plus au moment de l'examen. Pas de toux, pas d'expectoration. En dehors de la température, qui présente de grandes oscillations journalières, entre 39°,6 et 36°,2, et de l'auscultation, rien ne traduit au dehors l'état du poumon.

La mort survient le 2 septembre.

L'autopsie n'a pu être pratiquée complètement, le corps

ayant été réclamé. Néanmoins nous avons pu examiner les deux poumons et le cerveau.

Les poumons sont farcis de tubercules; il y a de grandes cavernes remplies de pus fétide.

Le cerveau ne présente macroscopiquement qu'un peu de congestion. Cet organe en préparation sera examiné histologiquement, et le résultat de cette recherche sera publié plus tard.

La première de ces observations a été prise par le D^r Evrot, alors interne du service, qui en a publié la première partie dans sa thèse (Evrot, *Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité*; Lyon, 1894). On y peut voir l'action de l'agent d'infection post-puerpérale se traduire successivement par de l'agitation maniaque et des accidents urémiques, pour aboutir enfin à la constitution d'un état particulier à phases diverses d'agitation, de confusion mentale, de demi-stupeur, de pseudo-catalepsie avec conservation de la conscience qui reparait par intervalles, caractéristiques de la folie hystérique. Nous avons suivi cette observation, et vu une deuxième maladie infectieuse surajouter ses effets à ceux de la première infection et aggraver les symptômes antérieurs. Chez cette malade, les troubles hystériques sont bien imputables à l'auto-intoxication consécutive à l'infection primitive, car ses antécédents héréditaires sont peu chargés, et rien dans sa vie antérieure ne permet de rattacher la maladie à une autre cause.

Chez notre deuxième malade, au lieu de voir la folie hystérique succéder cliniquement à une infection primitive, il semble au premier abord que les accidents aient suivi une marche inverse. C'est l'hystérie qui a ouvert la scène par des accidents convulsifs et de la stupeur. L'infection originelle ne s'est révélée que tardivement, mais avec des allures si sournoises et cependant des lésions si graves qu'il y a tout lieu de penser que

l'agent infectieux qui devait plus tard donner naissance à une tuberculose pulmonaire et enlever rapidement la malade, couvait depuis longtemps dans l'organisme et préparait son terrain, manifestant seulement son sourd travail par les troubles cérébraux et nerveux. D'ailleurs, dès l'origine de l'observation, nous avons pu, en rapprochant les symptômes observés de ceux que présentait notre première malade, porter le diagnostic d'hystérie d'origine infectieuse. De même qu'entre la confusion mentale et le délire aigu, il n'y a qu'une différence de degré et qu'on ne doit y voir que deux états dérivés d'une même cause, infection ou auto-intoxication, (Gilbert Ballet, *Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud*, 1894), de même entre la demi-stupeur de notre premier cas et la stupeur plus profonde du deuxième, entre les manifestations pseudo-cataleptiques et les réveils de conscience qu'ils présentaient tous deux, il n'y avait aussi qu'une différence d'intensité qui permettait de soupçonner la similitude de cause.

Une objection se présente, et nous nous la sommes faite à nous-même, c'est que la tuberculose s'est développée secondairement chez notre malade. Mais l'état avancé des lésions pulmonaires, l'aspect infectieux d'emblée de la malade, son dépérissement lent, mais progressif, nous l'ont fait repousser, bien qu'il fût difficile, en l'absence de signes positifs, de préciser la nature de l'infection. D'ailleurs, comme pour notre autre malade, rien dans la vie antérieure de celle-ci n'aurait suffi à faire éclore des troubles cérébraux aussi intenses.

Ce n'est pas avec quelques cas qu'on fait la pathogénie d'une affection aussi difficile à étudier dans ses causes et son mécanisme que cette *grande névrose* qui a mis à la torture non seulement les médecins, mais encore les psychologues. Mais si l'on rapproche de nos observations les autres cas similaires ; si l'on se reporte

à ce que nous reproduisons plus haut du travail de M. Pierret sur les effets de l'accumulation accidentelle de substances toxiques sur les centres nerveux ; si l'on considère que des agents infectieux différents développent des syndromes analogues ; si l'on songe que les émotions, les chagrins, l'hérédité peuvent donner naissance à ces mêmes syndromes et que tout cela se résume, en somme, en des phénomènes d'auto ou d'hétéro-intoxication, n'est-il pas permis d'entrevoir quelques clartés dans la question, et, s'il n'est pas possible de penser encore anatomiquement à l'hystérie, comme le désirait M. Charpentier au Congrès de Clermont-Ferrand, ne peut-on commencer à y penser physiologiquement ?

Thérapeutique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

APPLIQUÉE AU

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

Par M. A. LAILLER

Pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares-Saint-Yon.

Suite et fin (1).

II. — SULFONAL

Houdaille consacre, dans sa thèse, un long article très étudié au sulfonal. On ne peut plus, présentement, considérer ce médicament comme un hypnotique nouveau. Il est, depuis plusieurs années, connu du monde médical ; et je considérerais comme une superfétation, l'exposé des travaux qu'il a suscités, dans les premières années de son existence, en tant qu'agent thérapeutique. Je me contenterai de signaler, avec quelques détails, les communications à son sujet parues depuis l'année 1890, c'est-à-dire depuis la publication de mon travail sur les nouveaux hypnotiques (2). Je rappellerai, pour mémoire, qu'avant cette date, le sulfonal avait été étudié physiologiquement et thérapeutiquement par MM. Mairret et Salvétat, Marandon de Montyel, Gilbert, Samuel Garnier, Kast, Furst, Hénocque, Lépine, Fraenkel,

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre 1895.

(2) *Loc. cit.*

Wolff, Germain Sée, Pachaud et Claret, Voisin, Febré, Huchard, Enon, Maerle, etc.

Des opinions diverses — et même opposées — ont été émises par ces expérimentateurs.

Il est évident, cependant, que le sulfonal a acquis droit de cité parmi les hypnotiques. Dujardin-Beaumetz et Yvon, dans leur *Formulaire magistral* (1), le qualifient, sans hésitation, d'hypnotique ; ils disent même, d'après Kast, que son action serait plus énergique que celle de la paralaldéhyde ; que, s'il agit moins promptement que le chloral, il agit d'une façon plus prolongée ; que, suivant Rabbas, il n'y aurait pas de phénomènes d'accoutumance.

Il n'y a pas qu'en France que les propriétés hypnotiques du sulfonal ont été signalées. Pour ne parler que des publications relativement récentes, les *Annales médico-psychologiques* (2) rapportent, d'après une traduction des journaux américains, due au Dr Parant, que le Dr W. Mabon, médecin-adjoint de l'asile d'Utica, a fait des observations sur dix-huit aliénés atteints de manie aiguë ou chronique, de mélancolie, de folie circulaire ou de démence. Pour 114 nuits, le sulfonal a été administré 26 fois, à la dose de 1 gramme environ ; 81 fois à la dose de 2 grammes ; 9 fois à 3 grammes et 3 fois à 4 grammes.

Dans 83 nuits, il y a eu six heures et plus de sommeil ; dans 20 nuits, de trois à six heures ; et, dans les autres, moins.

Dans 97 nuits, le sommeil a été naturel et calme. En moyenne, il fallait une heure un quart pour arriver à l'effet hypnotique. Dans 3 ou 4 cas seulement, il y a eu, après le réveil, une somnolence marquée.

(1) *Formulaire magistral*, 1892.

(2) *Ann. médico-psych.*, 1891, t. XIV, p. 318.

Comme avantage, suivant le D^r Mabon, le sulfonal aurait celui de ne pas troubler la digestion, ni les fonctions de sécrétion, de circulation et de respiration; il est facile à administrer parce qu'il est insipide et inodore.

Le D^r Marti Julia, — journaux espagnols, traduction du D^r Nicoulau (1), — considère le sulfonal comme un hypnogène par excellence; il lui accorde des effets post-hypnotiques; l'étude prolongée de ce médicament lui permet d'affirmer que l'usage continu du sulfonal est sans inconvénient, même chez les cardiaques.

Le D^r Marti Julia attribue les insuccès obtenus en France à la non-valeur du sulfonal employé; pour lui, le sulfonal d'outre-Rhin est le seul qui offre au praticien toute sécurité désirable.

En 1889, pour des essais qui ont été faits à l'asile de Quatre-Mares, dans le service de M. le D^r Delaporte, et, à Saint-Yon, dans celui de M. le D^r Giraud, — essais qui avaient donné des résultats le plus souvent satisfaisants, et parfois, aussi, complètement négatifs, — je m'étais procuré du sulfonal Friedr. Bayer et C^{ie}, conséquemment du sulfonal d'origine allemande. En raison de sa réputation, il me paraissait offrir plus de garanties. J'ajoute que, depuis, j'ai vu du sulfonal d'origine française qui n'était nullement inférieur à celui qui vient d'Allemagne, bien que je reconnaisse que les chimistes allemands nous donnent quelquefois le ton dans la découverte et la préparation de certains produits médicamenteux nouveaux.

Dans sa traduction des journaux allemands, le D^r Al. Adam (2) expose que le D^r Ranschervagh a administré le sulfonal 212 fois à 34 malades, et qu'il n'a eu à eue-

(1) *Ann. médico-psych.*, 1892, t. XV, p. 309.

(2) *Ann. médico-psych.*, 1892, t. XV, p. 313.

gistrer que 24 insuccès ; et, ces échecs ont été antérieurs à l'époque à laquelle il a adopté le mode d'administration de Kast, mode qui consiste à administrer le médicament dans au moins 200 centilitres de liquide chaud, — et, de préférence, dans du bouillon ou du lait, — quelques heures avant le coucher.

L'auteur estime : que le sulfonal administré d'après ce procédé, à la dose de 2 à 3 grammes, est un hypnotique très sûr, et ne provoquant, qu'exceptionnellement, des accidents désagréables du côté du tube digestif.

On trouve, dans les journaux anglais, des affirmations semblables à celles qui précèdent.

Le *Mental science*, traduction par le D^r Pons (1), relate que le D^r W. R. Watson a administré le sulfonal à 36 malades ; et, que chez 31, le succès a été complet. Ils étaient atteints d'affections diverses : épilepsie avec démence, épilepsie avec manie, mélancolie, démence simple, démence sénile, manie chronique, paralysie générale, hémiplégie, affection strumense des articulations, etc. La dose prescrite habituellement a été de 30 grains, correspondant à 1 gr. 80, poids français, et le sommeil a été obtenu après une durée moyenne de deux heures.

Intoxications. Comme tout médicament actif, le sulfonal offre, dans son emploi, des inconvénients et même des dangers ; c'est, d'ailleurs, le propre de tous les agents qui ont acquis un rang indéniable dans la thérapeutique. Ses inconvénients peuvent se résumer en ceci : troubles gastriques, céphalalgie, semi-coma, troubles moteurs. Les dangers peuvent aller jusqu'à la mort.

Houdaille rapporte 5 cas de mort, tirés de l'article du professeur Lépine (2). Je crois bon de les inscrire en

(1) *Ann. médico-psych.*, 1893, t. XVII, p. 131.

(2) *Semaine médicale*, 1893, p. 25.

entier, un résumé bibliographique, en pareil circonstance, ne pourrait suffire.

Premier cas : Breeslauer (de Vienne), une femme de vingt-trois ans a pris, pendant soixante-quinze jours, 1 gr. à 1 gr. 50 de sulfonal, en tout 86 grammes. Vers le soixantième jour, il se produit de la faiblesse, des vomissements répétés, des douleurs de ventre, de la constipation opiniâtre; l'urine est colorée, le pouls rapide, la mort survient. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Deuxième cas : Une femme de soixante-deux ans, ayant pris pendant deux cent quatre-vingt-deux jours, 1 gr. 53 de sulfonal, il survient une faiblesse extrême avec impossibilité de se tenir debout. Le sulfonal est néanmoins continué à la dose de 1 gramme. Les jours suivants, il y a diminution de l'urine, petites hémorragies punctiformes de la peau. La mort arrive le trois cent cinquième jour, la malade ayant pris, en tout, 446 grammes de sulfonal. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Troisième cas : Une femme de vingt-sept ans, anémique, ayant pris pendant soixante-quatorze jours de 1 gr. 50 à 2 grammes de sulfonal, il se produit quelques vomissements; la dose est augmentée et portée à 3 grammes pendant plus de cent jours. A partir de ce moment, il se produit une constipation opiniâtre, des douleurs de ventre, du ténesme vésical; l'urine est rouge et rare; il y a de l'inégalité des pupilles, le pouls est faible et fréquent. On supprime le sulfonal pendant quinze jours, l'amélioration se produit; puis on le reprend dix jours pendant lesquels les symptômes reparaissent; alors le médicament est définitivement supprimé; néanmoins, la mort survient douze jours plus tard; deux cent deux jours après le début de l'administration du sulfonal, dont la quantité totale a été de 480 grammes.

Quatrième cas : Une femme de trente-huit ans, ayant reçu, pendant deux cents jours, presque chaque soir, 1 gr. 20 à 2 grammes de sulfonal. A ce moment, il se produit de la tuméfaction des jointures, des douleurs dans les jambes; on administre, de nouveau, le sulfonal. Au deux cent vingtième jour, il y a des vomissements et de la constipation; l'urine est rare et remarquablement foncée. La mort arrive après deux cent quatre-vingt-dix jours, pendant lesquels elle a reçu de 400 à 500 grammes de sulfonal.

Cinquième cas : Une femme de cinquante et un ans ayant

reçu, pendant quatre-vingt-dix-huit jours, alternativement, 1 gr. 5 et 2 grammes de sulfonal. Au quatre-vingt-dix-neuvième jour, après avoir absorbé, en tout, 172 grammes de médicament, les vomissements apparaissent; l'urine est trouble, rouge sombre avec un peu d'albuminurie, des cylindres épithéliaux abondants. La constipation est opiniâtre; il y a de la faiblesse des extrémités, du ptosis. La mort arrive seize jours après la cessation du sulfonal.

Je connais beaucoup la thèse de M. le D^r Maerle; c'est à l'asile Saint-Yon (femmes) qu'il l'a faite. Il a bien voulu m'adresser des remerciements pour quelques renseignements que j'avais pu lui procurer. Malgré toute l'estime que j'ai pour sa personne, malgré l'attention que, je le sais, il a apportée dans son travail, je ne crois pas que l'on puisse accepter sans conteste les conclusions qu'il a ainsi formulées.

I. — Le sulfonal est, en général, moins bien supporté que le chloral par les malades auxquels on l'administre.

II. — Là où le chloral a échoué, il réussit rarement.

III. — Les effets heureux qu'il produit, ne compensent pas les nombreux accidents qui sont la conséquence de son emploi.

IV. — En règle générale, il doit être rejeté comme agent hypnotique.

J'ai vu, je le répète, employer le sulfonal à l'asile de Quatre-Mares (hommes); ce n'est que très accidentellement qu'il a causé des troubles gastriques; jamais il n'a amené d'accidents, et, si on a reconnu que, dans bon nombre de cas, il ne pouvait pas être substitué au chloral, on a constaté néanmoins qu'il devait être rangé parmi les agents hypnotiques.

Dans leur rapport médical (1890), sur le service de l'asile d'aliénées de Saint-Yon pour l'année 1889, M. le D^r Giraud, directeur-médecin en chef et M. le D^r Nicoulau, médecin-adjoint, ont donné treize observations, détaillées jour par jour, d'essais qu'ils ont faits

sur l'usage du sulfonal. Leur conclusion a été celle-ci :

« Des observations qui précèdent, nous ne croyons pas, étant donné leur petit nombre, pouvoir tirer des conclusions rigoureuses.

« Elles nous fournissent, néanmoins, quelques bons renseignements ; entre autres faits, il serait difficile de ne pas remarquer, par exemple, le manque d'uniformité dans l'action médicatrice et, par suite, dans les résultats attendus.

« Le sulfonal, quoique bien évidemment hypnagogue, n'agit pas, semble-t-il, avec une constance suffisante, soit de malade à malade, soit d'un jour à l'autre chez le même sujet. De plus, à dose égale, il est susceptible, en certaines circonstances, d'amener des troubles gastriques fâcheux, et, dans d'autres, un état d'affaissement général voisin de la stupeur.

« Aussi, notre sentiment personnel est-il, jusqu'à nouvel ordre, que ce produit médicamenteux ne saurait, comme agent sédatif, remplacer avec avantage le chloral et ses succédanés, dans la plupart des cas maniaques où ces calmants trouvent leur indication. »

Depuis cette époque, M. le D^r Girard a repris de temps à autre l'emploi du sulfonal et il m'a dit en avoir observé de bons effets dans des cas où le chloral était mal supporté, particulièrement chez des hystériques. D'après son expérience, — et je partage entièrement son avis, — le chloral est, jusqu'à présent, l'hypnotique par excellence pour la grande majorité des aliénés qui ne dorment pas la nuit ; mais, chez les femmes nerveuses, le chloral produit des effets excitants, que ne donne pas le sulfonal qui se trouve alors indiqué.

Modes d'administration et doses. — C'est ordinairement en cachets que se donne le sulfonal. Certains praticiens, tels que Kast, Ruschervegh, préfèrent l'administrer en suspension dans une potion gommeuse. Je

partage leur avis, surtout lorsqu'il s'agit de la médecine des aliénés ; principalement, parce que les malades agités, déments, font des difficultés pour prendre des cachets ; ensuite, parce que je crois qu'il y a moins d'intolérance de la part des voies digestives lorsque le médicament est dilué que lorsqu'il est donné massivement.

Il y a avantage à donner le sulfonal au commencement du repas. M. C. Paul a pu s'assurer expérimentalement que, « dans l'organisme, pendant la digestion, la présence de sels et de peptones favorisait la dissolution et l'absorption du sulfonal ; d'autre part, celui-ci n'influence en rien l'action des sucs digestifs, salive, suc gastrique, suc pancréatique, dont le chloral et la paralaldéhyde ralentissent les effets (1) ».

Les doses sont de 1 à 3 grammes en une ou deux fois.

III. — PARALDÉHYDE.

Bien que M. Houdaille ait étudié longuement ce médicament, bien qu'il en fasse l'historique complet, je n'en parlerai que très brièvement. J'en avais fait mention, du reste, dans mon travail sur les nouveaux hypnotiques ; et, d'ailleurs, ses propriétés sont connues déjà depuis plusieurs années. Parmi les expérimentateurs qui les ont mises en évidence, je citerai les noms de MM. Sommer, Dujardin-Beaunmetz, Coudray, Desnos, Nercam, Quinquand et Hénocque, Hayem, Kéraval (2), Constantin Paul, etc. Depuis 1890, je n'ai vu dans les journaux de médecine, qui sont à ma disposition, qu'un seul travail sur la paralaldéhyde comparée au sulfonal. Il est dû à C. M. Hay (*American Journal of the medical Science; The Times et Register*, august 1889). Pour

(1) Bocquillon-Limousin. *Loc. cit.*

(2) *Ann. médico-psych.*, 1884, t. XII, p. 259.

l'auteur, la paralaldéhyde est l'hypnotique le plus inoffensif, surtout si on a besoin d'administrer un hypnotique pendant quelque temps (1).

Houdaille, sous le sous-titre : Indications, me paraît avoir bien résumé les applications de la paralaldéhyde. Elle est indiquée, dit-il, d'une façon générale dans tous les cas où l'insomnie constitue un symptôme pénible. Elle trouve surtout son emploi dans les maladies mentales, et, particulièrement, dans les différentes formes de manie. Elle a une action remarquable dans le *delirium tremens* et dans l'insomnie alcoolique. Nous avons vu son antidotisme avec la strychnine ; elle est, en plus, un remède excellent pour combattre la morphinomanie, puisque, dans plusieurs cas, M. Dujardin-Beaumetz a pu remplacer l'abus morphiné par la paralaldéhyde à la dose de 3 à 4 grammes par jour, et que M. Constantin Paul a obtenu le même résultat chez une de ses malades. Elle est encore tout spécialement indiquée dans le tétanos et l'éclampsie (Coudray), à doses fractionnées, sans craindre de dépasser 5 grammes. En résumé, comparée au chloral, la paralaldéhyde a, sur lui, les avantages suivants : elle est moins irritante, et, par cela même, elle est mieux supportée par l'estomac et le pharynx. Ce n'est pas un poison du cœur. Elle est moins analgésique que le chloral, d'où son infériorité vis-à-vis du chloral, et surtout de la morphine, dans les insomnies douloureuses. En revanche, dans les insomnies nerveuses, et surtout dans celles provoquées par les abus alcooliques, la paralaldéhyde est, de beaucoup, supérieure au chloral.

Suivant Houdaille, il n'existe pas d'accidents mortels causés par la paralaldéhyde. De mon côté, je n'ai vu, nulle part, qu'il en soit fait mention.

Pourtant, Norcam a observé dans quelques cas, —

(1) *Bulletin général de thérap.*, 1890, t. I, p. 45.

rares, il est vrai, — de la lipothymie et un affaiblissement extrême des battements cardiaques. M. Kéraval, qui a donné la paralaldéhyde à des aliénés, à des doses gastriques ou rénales de 4, 5 et 6 grammes, n'en a observé aucun inconvénient. Les tendances à la lipothymie qu'il a observées ne contre-indiquent pas l'administration du médicament. L'action a été rapide, le sommeil obtenu a été semblable au sommeil naturel. D'après le même praticien, l'action s'épuise très vite et la dose peut être augmentée jusqu'à 8 et 10 grammes.

Suivant Dujardin-Beaumetz et Yvon (1), la dose de la paralaldéhyde est de 2 à 4 grammes en une fois. Ces auteurs donnent les formules d'un élixir et d'une potion (Yvon), d'un lavement et d'une solution pour injection hypodermique (Kéraval). Yvon aromatise la potion dont il a donné la formule avec de la teinture de vanille. J'ai conseillé de remplacer cette teinture par celle de girofle, qui, à la même dose, masque, pour plus longtemps, l'odeur et la saveur de la paralaldéhyde. J'en ai fait l'expérience sur moi-même. Audhoui formule ainsi une potion à la paralaldéhyde :

Paralaldéhyde.	2 à 4 grammes.	
Eau de fleurs d'oranger. }	30	—
Hydrolat de menthe . . }	25	—
Sirup de gomme.		(2).

Les D^{rs} Cancalon et Maurange (3) donnent une formule ainsi conçue pour injections hypodermiques :

Paralaldéhyde.	50 grammes.
Essence de menthe.	X gouttes.
Huile d'olive, Q. S. pour faire 100 c. c.	
1 à 5 cent. cubes comme hypnotique.	
(Langreutier et Strubich.)	

(1) *Form. pratique de therap. et de pharm.*, 1892.

(2) P. Lefert.

(3) *Formulaire pratique de l'hypodermie*, Paris, 1894, p. 104.

IV. — MÉTHYLAL.

En 1891, M. le D^r Marandon de Montyel a entrepris une série d'études sur le méthylal. Il y a apporté les soins minutieux qui font la principale caractéristique de ses investigations. C'est dans la *France médicale* qu'il a publié ses recherches relatives au méthylal, et c'est dans les *Annales médico-psychologiques* (1) qu'il a relaté celles qui ont trait à l'action thérapeutique du médicament. Je n'ai en vue, ici, que ce second mémoire. Le titre que lui a donné l'auteur indique déjà tout l'intérêt qu'il comporte : *Du méthylal chez les aliénés, et de son action comparative avec le chloral*.

M. Marandon de Montyel rappelle, fort à propos, qu'un grand désaccord règne sur l'action thérapeutique du méthylal ; que, tandis que MM. Mairat et Combemale trouvent qu'il a sa place marquée en aliénation mentale, que MM. Boubila et Hadjès lui attribuent une réelle supériorité, à tous égards, sur le chloral, l'uréthane et les préparations opiacées, E. Petrazzini affirme qu'il n'est guère actif, même à hautes doses, et M. G. Lemoine ne suppose pas, en raison de ses dangers, qu'il puisse jamais prendre place parmi les hypnotiques couramment utilisés. Enfin, Houdaille (2) résume son étude en disant que « le méthylal peut rendre des services chez les aliénés, mais qu'il faut surveiller son emploi à cause de son action dépressive sur le cœur et la pression ; de plus, l'accoutumance sera rapide ». De 16 observations qui ne peuvent trouver leur place dans cette revue, et qui sont d'ailleurs relatées tout au long dans les *Annales médico-psychologiques*, M. Marandon de Montyel arrive à cette conclusion :

(1) *Ann. médico-psych.*, 1891, t. XII, pp. 234 et 401.

(2) *Loc. cit.*

« A en juger par ces 16 observations, le méthylal, dans les folies simples, n'est pas un hypnotique à employer. En effet, en négligeant même la rapidité de l'accoutumance, reconnue par tous, la moitié de nos cas, au moins, est franchement défavorable. Dans l'autre moitié, les cas vraiment favorables se sont montrés là où l'insomnie a été déclarée sur les simples rapports des veilleurs ; partout où le contrôle, par heure, a bien établi l'existence d'une insomnie accompagnée d'agitation, le méthylal a échoué, on a pen près. Toujours, d'après ces 16 observations, il y a d'autant moins lieu de préconiser ce médicament dans les folies simples, que le chloral, expérimenté comparativement sur les mêmes individus, partant dans des conditions organiques et idiosyncrasiques identiques, a donné, pour 13 cas, 11 succès. Dès lors, serait-il rationnel, pour ces folies, de vouloir substituer le méthylal au chloral ? »

M. Marandon de Montyel a administré le méthylal à des paralytiques généraux. Il donne, à cet égard, 15 observations ; les résultats ont encore été moins favorables que dans la folie simple ; par contre, le chloral a réussi là où le méthylal a échoué.

Ce médicament a été expérimenté, par le même auteur, dans 4 cas de démence sénile et athéromateuse ; même insuccès que dans les formes précédentes. 4 observations de folie épileptique ne semblent pas plus favorables au méthylal que les autres.

Au sujet de la folie alcoolique, M. Marandon de Montyel ne publie que 2 observations. Il est regrettable que le nombre n'en soit pas plus élevé : 1° parce que, si le méthylal, dans les mains de MM. Boubila et Hadjès a réussi, il a échoué dans celles de MM. Mairat et Combeval ; 2° parce que, dans ces 2 cas, l'hypnotique avait, incontestablement, agi.

La conclusion que M. Marandon de Montyel tire des

41 observations qu'il a recueillies, avec l'aide de son interne, M. Souillard, ne sera, certes, pas favorable au méthylal : il ne lui conteste nullement la propriété d'être hypnotique ; mais il le regarde comme un hypnotique faible. En toute justice, il reconnaît que ses essais ont été faits sur des hommes ; et il rappelle, à ce propos, que MM. Mairet et Combemale avaient remarqué que les aliénés les plus réfractaires à l'influence du méthylal étaient du sexe masculin ; d'autre part, MM. Boubila et Hadjès, qui ont obtenu des effets heureux de cette substance, l'ont prescrite à des femmes. Bien que cette considération ne modifie guère son appréciation, M. Marandon de Montyel dit qu'il y aurait peut-être des recherches postérieures à entreprendre sur l'action spéciale du méthylal chez la femme. Ce qui, à son avis, doit porter une condamnation irrévocable sur cet hypnotique, c'est la rapidité d'accoutumance, accoutumance reconnue par tous les expérimentateurs, même par ceux dont l'opinion lui est favorable.

Comparant ensuite l'action du méthylal et du chloral, comparaison qui devait être établie en raison du titre du mémoire, M. Marandon de Montyel n'hésite pas à donner sa préférence au second de ces deux hypnotiques ; la seule réserve qu'il fasse a trait aux individus porteurs d'une maladie de cœur. Pour ceux-ci, le chloral est proscrit, et le méthylal est indiqué. Aux 30 malades auxquels M. Marandon de Montyel avait prescrit le méthylal, et, comme on l'a vu souvent, sans succès, ou, du moins, avec un succès incertain, il a administré le chloral. Dans les 30 cas, il a obtenu 23 succès ; et encore, il ne considère comme succès que les cas où le sommeil a été de six à sept heures au moins.

Je vois, tous les jours, employer le chloral, sur une assez grande échelle, dans nos asiles de la Seine-Inférieure ; j'avoue que, pour reconnaître sa valeur hypno-

tique, on est moins exigeant que M. Maraudon de Montyel sur la durée du sommeil obtenu.

Si j'avais qualité pour donner mon appréciation, je dirais que, quant à présent, le chloral est le roi des hypnotiques ; et je trouve que, lorsqu'on peut obtenir quatre ou cinq heures de sommeil complet chez un aliéné très agité, très turbulent, qui ne cesse de crier, on doit déjà s'estimer heureux.

En somme, l'auteur ne croit pas que le méthylal soit appelé à « trouver sa place dans la thérapeutique des maladies mentales, affections dont l'évolution se compte par mois, qu'accompagnent des insomnies intenses et tenaces, et qui, en conséquence, réclament des narcotiques tout ensemble puissants et à longue portée ».

Quoi qu'il en soit, je relate que Dujardin-Beaumetz et Yvon (1) donnent, au méthylal, la propriété d'être un hypnotique puissant, un anesthésique et un antidote de la strychnine. Doses à l'intérieur, 0 gr. 50 à 1 gramme ; à l'extérieur, 1 gramme à 5 grammes.

H. Bocquillon-Limousin (2) ne le signale que comme anesthésique ; mais il rappelle que, pour Krafft-Ebing, c'est le meilleur calmant hypnotique dans le *delirium tremens*. Doses : potion, 1 gramme pour 100 ou 150.

Dans son très bon manuel du médecin praticien, spécialement appliqué à la pratique des maladies du système nerveux, ouvrage récemment paru, M. Paul Lefert (3) donne la formule suivante contre le délire aigu, empruntée à Dujardin-Beaumetz :

Sirup de groseilles	40 grammes.
Méthylal	1 —
Eau distillée	10 —

(1) *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, 1892.

(2) *Formulaire des médicaments nouveaux*, 1895.

(3) *La Pratique des maladies du système nerveux, dans les hôpitaux de Paris*. Paris, 1894.

V. — SOMNAL. (ETHYL-CHLORAL-URÉTHANE.)

Ce produit, bien que doué de propriétés hypnotiques, est, je pense, très peu utilisé actuellement. Je crois, néanmoins, devoir en faire mention dans cette revue en raison des publications qui lui ont été consacrées.

Préconisé par Radlauer, il n'exercerait, d'après cet auteur, aucune action sur la digestion, le pouls, la respiration et la température. A la dose de 2 grammes, il agit une demi-heure après son ingestion, et procure un sommeil de 6 à 8 heures, sans suites désagréables.

Ce résultat serait, certes, encourageant, s'il était définitivement acquis ; il est permis de croire qu'il ne l'est pas, car les formulaires nouveaux : Dujardin-Beaumetz et Yvon, Bocquillon-Limousin, ne l'indiquent pas. Cependant M. Constantin Paul, M. Frank Woodhury en ont obtenu de bons effets.

M. Myers a publié dans le *Medical Record* les résultats des nombreuses recherches qu'il a faites relativement à l'action thérapeutique et physiologique du somnal ; il a résumé ce qu'il a observé dans les conclusions suivantes :

1° Le sommeil ne produit aucune irritation locale sur les muqueuses digestives ; il exerce plutôt une influence excitante sur la muqueuse gastrique. Appliqué localement sur le cœur de la grenouille mis à nu, il arrête cet organe et supprime l'excitabilité électrique du muscle cardiaque ;

2° A dose thérapeutique (de 2 à 4 grammes chez l'homme), le somnal n'exerce ni chez l'homme, ni chez les mammifères, aucune action sur le cœur ; il peut être regardé comme insuffisant en ce qui concerne l'appareil circulatoire. A dose toxique, au contraire, chez les mammifères, il provoque des troubles cardiaques très graves,

tant par son action locale sur le muscle cardiaque, où il est transporté par la circulation, que par la stimulation des centres cardio-inhibiteurs qu'il provoque dans ces conditions ;

3° Les doses thérapeutiques n'ont que peu d'effet sur le pouls. Quand on les administre, on observe, d'abord, une légère élévation dans la tension artérielle, qui revient bientôt à la normale, et, même, tombe au-dessous ; ce dernier résultat semble dû au relâchement de tous les muscles, qui se produit pendant le sommeil provoqué par le somnal. Les doses toxiques font tomber très bas la tension artérielle, probablement par l'action directe du médicament sur les ganglions intra-cardiaques ;

4° Sous l'influence d'une dose moyenne de somnal, la respiration se ralentit, mais elle devient plus ample. Si, au contraire, on emploie une dose toxique, la respiration s'accélère, devient superficielle et irrégulière, ce qui dépend de la dépression produite sur le centre respiratoire encéphalique ;

5° Le somnal, employé à dose thérapeutique, provoque le sommeil sans aucun effet nuisible, sans réaction sur aucun appareil ; dans ces conditions, le cerveau seul paraît influencé par le médicament.

En résumé, le somnal est un excellent hypnotique dans tous les cas où l'insomnie n'est pas due à une douleur vive ou à la syphilis ; dans ces dernières conditions, en effet, il échoue souvent.

M. Marandon de Montyel, qui saisit toujours, avec un empressement qu'on ne saurait trop louer, l'occasion d'expérimenter les nouvelles médications appliquées au traitement des maladies mentales, a rendu compte, dans un long mémoire publié en 1892 dans la *France médicale*, de ses recherches sur l'action physiologique du somnal, action observée chez quatorze sujets appartenant à toutes les formes de l'aliénation mentale.

En 1893, c'est-à-dire un an plus tard, le même auteur a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (1), un second mémoire ayant trait à l'action thérapeutique du somnal.

L'auteur rappelle sommairement les faits consignés dans son premier mémoire ; ils seront lus avec intérêt par ceux qui se reporteront à la publication parue dans la *France médicale*. De ces faits, je ne veux retenir que celui-ci, comme offrant une particularité très remarquable. Le premier effet du somnal est de provoquer la gaieté, une certaine exaltation ; puis, ce phénomène passé, le sommeil survient plus ou moins rapidement. Les quatorze sujets, mis en expérience, ont éprouvé, plus ou moins promptement, les effets narcotiques du remède. Une autre manifestation de l'action du somnal, non moins intéressante, est celle qui, suivant l'auteur, est déterminée par une excitation des centres physiques de la génération ; d'où, perte séminale pendant le sommeil, et masturbation à l'état de veille, même chez les individus avancés en âge.

Etudiant ensuite la propriété hypnotique du somnal comme traitement, M. Marandon de Montyel a administré le médicament à cinquante-quatre malades. Il a donné l'observation de chacun d'eux.

De cette attentive et longue expérimentation, il résulte ceci :

1° Que chez les maniaques, le somnal doit être sévèrement proscrit, en raison de l'agitation qu'il provoque (17 observations) ;

2° Que, pour la même cause, le somnal est contre-indiqué dans le traitement de la paralysie générale (20 observations) ;

3° Que dans la lypémanie, au contraire, cet hypno-

(1) *Ann. médico-psych.*, 1893, t. XVIII, p. 41.

tique donne les plus heureux résultats (16 observations);

4° Que chez les déments séniles, l'action bienfaisante du somnal est au moins douteuse (6 observations).

Le somnal a été administré par M. Marandon de Montyel aux doses de 2, 4, 5 et 6 grammes.

L'auteur signale une contre-indication du médicament; elle réside dans le mauvais état de l'estomac, car, dit-il, si « cette substance est sans action sur la digestion, quand les organes sont sains, il n'en est plus ainsi avec la gastro-entérite ou la gastrite ».

M. Marandon de Montyel termine son mémoire par un appel fait à ses collègues des asiles d'aliénés, dans le but de provoquer de nouvelles recherches sur l'efficacité du somnal dans le traitement de la lypémanie, efficacité qui s'est traduite, sous ses yeux, tant en combattant l'insomnie, qu'on modifiant, avantageusement, l'état mental.

Sa voix a-t-elle été entendue? Je n'en ai pas eu connaissance. M. Marandon de Montyel n'indique pas sous quelle forme le médicament a été conseillé aux malades; M. Houdaille donne la formule suivante :

Somnal	10 grammes
Eau distillée	45 grammes
Sirop de framboises	30 grammes

Une cuillerée à bouche, le soir; ce qui représente 2 grammes de principe actif.

Cette formule est reproduite, sous l'autorité de M. Raymond, dans le manuel de Paul Lefert.

VI. — DUBOISINE.

La Duboisine qui, d'après le *Dictionnaire de Chimie* de Wurtz, a pour formule $C^{11}H^{11}AzO^2$, est un alcaloïde contenu dans le *Duboisia Myoporoides*, arbre d'Australie. Il a été signalé par Holmer (*Pharmaceutical*

Journal, mars 1878) comme capable de remplacer l'atropine.

Toutefois, d'après Ladenburg, 1880, cité par Labbé (1), l'action locale sur les yeux offre des nuances importantes en ophtalmologie, qui ont fait comparer la Duboisine à l'Hyosciamine.

Pendant une douzaine d'années, ce nouveau médicament a en sa place marquée dans l'oculistique; mais il ne sortait pas de là.

En 1892, le D^r Belmondo (*Rev. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. I, 1892) a publié sur « l'action sédative et hypnotique de la Duboisine dans les maladies mentales » un travail qui a été analysé et résumé par le D^r P. Séglas dans les termes suivants (2) :

« Le sulfate de Duboisine, administré par la voie hypodermique, est un excellent sédatif, recommandable surtout chez les femmes, dans tous les états d'excitation psychique ou motrice accompagnant diverses formes de maladies mentales. Comme telle, on doit la préférer de beaucoup à l'hyosciamine et à l'hyoscine dont elle n'a pas les inconvénients lorsqu'on l'emploie à doses peu élevées. De plus, c'est un excellent hypnotique, supérieur dans beaucoup de cas au chloral et à ses succédanés sur lequel il a l'avantage de ne rester presque jamais sans effet. Dans beaucoup de cas, la Duboisine semble calmer immédiatement le désordre des idées et des actes comme dans la manie aiguë. Dans les formes de manie chronique, dans les états d'agitation, aux arrêts de développement ou à la démence secondaire, elle a le grand avantage de pouvoir être administrée assez longtemps sans accoutumance et aussi sans danger. La dose suffisante, pour obtenir le maximum d'action, est, pour

(1) *Commentaires du Codex*, 3^e édition, 1885.

(2) *Arch. de Neurologie* 1893, n^o 76, p. 450.

l'auteur, au-dessous de celle qui a été indiquée par les observateurs des pays du Nord. La dose maxima, pour les premières injections, est de 1 milligramme, que l'on élève, progressivement, à mesure que le malade s'y habitue, jusqu'à 15 ou 16 décimilligrammes, dose qu'il est périlleux de dépasser, sinon l'on provoque des accidents du côté de l'estomac, et sans avoir, d'un autre côté, des résultats plus favorables au point de vue de la sédation ou du sommeil. Dans la majeure partie des cas, la dose minima de 5 à 6 décimilligrammes, surtout les premières fois, suffit pour provoquer un effet sédatif suffisant. »

En 1893, le Dr E. Mendel (*Neurologisches Centralblatt*), ayant fait de nombreuses expériences cliniques avec la Duboisine, a pu se convaincre (1) que cet agent possède une action sédatrice et hypnotique des plus marquées; qu'en particulier, chez les déments en proie à une agitation motrice, il donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec l'hyoscine. Il l'a prescrit également, avec succès, dans les cas de paralysie agitante, avec rigidité musculaire douloureuse. Par contre, le médicament s'est montré absolument inefficace dans le traitement de l'hystérie et de l'hystéro-épilepsie.

D'autres médecins étrangers, en Allemagne, en Italie, ont étudié la Duboisine; en France, MM. les Drs Mabillet et Lallemand s'en sont également occupés. Enfin, M. le Dr Marandon de Montyel a fait paraître dans les *Archives de Neurologie* (2) un important travail ayant pour titre : « De l'action sédatrice de la Duboisine, à doses continues, chez les aliénés. »

Dans ce mémoire, l'auteur n'a relaté que les effets du médicament dans l'agitation diurne des vésaniques et des paralytiques; il a réservé, pour d'autres études ul-

(1) *Bulletin général de Thérap.*, 1893, I, p. 528.

(2) *Arch. de Neurologie*, 1893, n° 79, p. 211.

térieures, ses constatations relatives à l'influence de l'agent thérapeutique durant le jour, à doses espacées, et à son influence narcotique durant la nuit.

Exposer les soins attentifs apportés par M. Marandon de Montyel dans sa longue expérimentation sur la Duboisine, ce serait tomber dans des redites inutiles. Tous ses lecteurs sont édifiés à ce sujet.

Ses recherches ont porté sur trente-cinq sujets auxquels la Duboisine a été donnée à des doses continues, variant de 2 à 4 milligrammes. L'administration du remède a eu lieu constamment en deux fois, par fractions égales, à 9 heures du matin et à 3 heures de l'après-midi. Ces heures ont été choisies en raison de celles des repas : à Ville-Evrard, les malades prennent leur nourriture à 7, 11 et 5 heures. Les trente-cinq malades qui ont été soumis à l'usage de la Duboisine se répartissent ainsi :

11 paralytiques généraux, 5 malades vésaniques, 5 malades atteints de manie aiguë, 14 lypémaniques. Chaque cas rapporté par M. Marandon de Montyel est accompagné d'une observation minutieusement détaillée.

Les conclusions de cette longue expérimentation sont exposées dans quatorze paragraphes ; ils seraient tous à citer. Je dois me borner à ne reproduire que les paragraphes I, V, VII, XI, XII, XIV.

I. — La Duboisine s'est révélée un merveilleux sédatif, capable d'apaiser toujours, et dans tous les cas, l'agitation maniaque et lypémanique, soit vésanique, soit paralytique, et, très souvent, de substituer une tranquillité absolue à la surexcitation ou à l'anxiété la plus violente ; son action, toujours efficace, s'est donc présentée à deux degrés : l'une, incomplète, consistant en une simple atténuation de l'exaltation ; l'autre, complète, caractérisée

par la disparition totale de celle-ci, pour un temps plus ou moins long.

V. — Dans les formes intermittentes et rémittentes, la Duboisine s'est révélée capable de réduire la durée des crises et de les espacer.

VII. — La Duboisine a eu une action complète beaucoup plus fréquente dans la manie chronique que dans la manie aiguë et, au contraire, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique et, d'une manière générale, dans la manie que dans la lypémanie.

VIII. — Dans la paralysie générale, la Duboisine a eu une action complète moins fréquente que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë, mais plus fréquente que dans la manie aiguë et la lypémanie chronique, et ainsi que dans la manie et la lypémanie en général ; de telle sorte, qu'au total, les paralysés généraux se sont montrés plus sensibles à l'influence sédative du médicament que les vésaniques.

XI. — L'action incomplète de la Duboisine a été moins fréquente dans la paralysie générale que dans les vésanies en général, mais plus fréquente que dans la manie chronique et la lypémanie aiguë ; elle a été moins fréquente dans la manie que dans la lypémanie, dans la manie chronique que dans la manie aiguë, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

XII. — D'une manière générale, il est vrai de dire que la Duboisine a été plus active dans la paralysie générale que dans les vésanies, dans la manie que dans la lypémanie, dans la manie chronique que dans la manie aiguë ; et, au contraire, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique.

XIV. — La Duboisine, par malheur, a agi très désavantageusement sur la nutrition, particulièrement à la longue ; et il est à craindre que cette action dénutritive, malgré les merveilleuses propriétés sédatives du

médicament, ne s'oppose à son emploi, surtout longtemps continué, ainsi que l'exigerait la thérapeutique des maladies mentales, dont l'évolution est toujours fort longue.

Comme suite au travail précédent, M. Marandon de Montyel a fait paraître dans la *France médicale*, 1893, une étude ayant pour titre : « Action sédative de la Duboisine, à doses interrompues, chez les aliénés. » Je trouve, dans l'*Union pharmaceutique* (1), les conclusions de cette étude. Je les reproduis textuellement :

1° Dans toutes les formes mentales autres que la manie chronique, la Duboisine doit être prescrite à doses interrompues, de préférence aux doses continues ;

2° Tandis qu'avec les doses continues, la Duboisine n'a souvent procuré qu'une sédation incomplète, et que, plus souvent encore, son action a été vite enrayée, quand elle se produisait complète, par une rapide accoutumance qui d'ordinaire se montrait brusquement et résistait à toutes les augmentations de quantité, nous avons, au contraire, avec les doses interrompues, toujours et dans toutes les formes mentales, obtenu une sédation complète plus ou moins longue dans la journée et supprimé l'accoutumance qui, du moins, quand elle s'est montrée, n'est apparue que fort tard, dans un délai ne gênant guère le succès de la médication ;

3° Pour assurer la sédation complète et écarter l'accoutumance, il convient de débiter par des doses quotidiennes assez fortes, 2 milligrammes au minimum à 4 milligrammes au maximum ;

4° Pour se guider dans la dose à administrer, il convient de tenir compte de deux éléments d'appréciation : en premier lieu, du degré d'agitation ou d'anxiété des sujets ; et aussi, en second lieu, de ce fait que, dans toutes

(1) *Union pharm.*, 1893, p. 477.

nos expérimentations, la Duboisine a été plus active dans la paralysie générale que dans la manie, dans la manie que dans la lypémanie, dans la lypémanie aiguë que dans la lypémanie chronique, et dans la manie chronique que dans la manie aiguë ;

5° Malheureusement, la Duboisine, dans nos expériences, a exercé, chez presque tous les sujets, surtout chez les paralytiques généraux, une influence nocive très active sur les échanges nutritifs, malgré la précaution prise de l'administrer aux heures les plus éloignées des trois repas et un régime ultra-réconfortant. Aussi cette dénutrition, qu'elle a, pour ainsi dire, constamment déterminée, paraît devoir être une contre-indication formelle à son emploi longtemps continué, ainsi que l'exigerait la longue évolution des maladies mentales même les plus aiguës, et limiter celui-ci à un usage momentané, pour remédier à certaines agitations très violentes incompatibles avec la vie.

Une question se pose naturellement ici. La Duboisine doit-elle être classée parmi les hypnotiques ou parmi les sédatifs ? Il semblerait, en ne consultant que les travaux de M. Marandon de Montyel, que sa place est plutôt parmi les sédatifs que parmi les hypnotiques. Il faut reconnaître cependant que la propriété hypnotique de la Duboisine a été constatée par ceux qui ont étudié ce produit ; M. Marandon de Montyel lui-même ne la nie pas. Je considère, pour ma part, la Duboisine comme un sédatif et comme un hypnotique ; j'ajoute que M. Bocquillon-Limousin (1) dit textuellement « que le sulfate de Duboisine, employé en injections hypodermiques, est un calmant et un hypnotique puissant dans les affections mentales accompagnées d'excitation et d'insomnie ».

(1) *Loc. cit.*

VII.—CHLORAL-URÉTHANE OU URAL.—BUTYL-CHLORAL
OU ALDÉHYDE BUTYLIQUE. — CROTON-CHLORAL.

Je ne signale ces différents composés chloralés qu'à titre d'indication ; ils ont motivé différents travaux qui ont semblé leur faire reconnaître une propriété hypnotique, mais les résultats obtenus sont loin d'être acquis, et ce que l'on sait de ces substances au point de vue thérapeutique ne saurait autoriser à en conseiller l'emploi.

CONCLUSION.

Incontestablement, il est difficile de tirer une conclusion sommaire d'une revue de thérapeutique, une revue de cette nature n'étant, en somme, qu'un ensemble de conclusions. Néanmoins, comme, dans l'espèce, il ne s'agit que d'un groupe de médicaments que l'on peut, à la rigueur, considérer comme synergiques, il est possible d'apprécier les travaux publiés récemment sur ces médicaments.

Or, ces travaux émanent de praticiens dont la science n'est pas purement spéculative ; ils sont le résultat de recherches et d'observations favorisées par une expérience clinique des plus fertiles en enseignements. Ils se recommandent déjà, par ce fait, à l'attention des médecins qui se tiennent au courant des progrès de la thérapeutique.

En outre, les médicaments dont il vient d'être question ont tous, sans exception, des propriétés indéniables. Sans doute, on peut faire de bonne médecine sans les utiliser tous ; leur nombre pourrait être moindre, mais, comme aucun remède ne peut avoir la prétention d'être infail-
lible, il y a grand intérêt, en cas d'insuccès, à ne pas rester désarmé ; c'est alors qu'il y a avantage à connaître

les agents qui, dans une médication, peuvent se substituer et même s'entr'aider.

Il est prématuré d'affirmer que ces agents médicamenteux sont acquis pour toujours à la thérapeutique. Dans le sol mouvant de cette science, il est difficile de bâtir pour longtemps et encore plus pour toujours ; mais, puisqu'il est démontré que, présentement, une série de nouveaux médicaments rend des services, il est sage d'en user jusqu'à ce que d'autres produits viennent remplacer avantageusement ceux qui existent. N'est-ce pas, d'ailleurs, la loi du progrès ?

On a dit, non sans raison, qu'exagérer est une tendance naturelle à notre esprit. Lorsqu'un remède fait son apparition, on le vante outre mesure ; il a toutes les qualités et pas de défauts. La déception survient, et, à cet excès d'enthousiasme, succède un excès de doute, bientôt suivi d'oubli.

L'étude des médicaments signalés dans cette revue ne peut susciter un enthousiasme irréfléchi. Il est permis de dire que le pour et le contre ont été pesés, et les auteurs ont fait preuve d'une loyauté scientifique qui donne toute créance à leurs écrits. Aussi, pour ma part, je n'hésite pas à dire que l'art de guérir s'enrichit chaque jour de produits médicamenteux qui tiennent une place honorable dans la phalange des agents thérapeutiques.

Revue critique.

L'ASILE D'ALCOOLIKES

DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Par le Dr Paul SÉRIEUX

Médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Villejuif,
chargé de missions en Suisse et en Allemagne.

L'assistance des alcoolisés; la création d'établissements spéciaux pour cette catégorie de malades préoccupent, à l'heure actuelle, tous les esprits. Le département de la Seine a décidé, il y aura bientôt un an, la création d'un asile de 500 lits destiné au traitement des alcooliques; très prochainement, la construction de cet établissement, unique dans son genre, va être entreprise. Notre intention est d'exposer les conditions qui nous paraissent devoir présider à l'organisation d'un grand hôpital d'alcoolisés. Mais avant d'examiner dans le détail la constitution matérielle et morale de cet établissement, nous rappellerons brièvement les étapes qu'on a dû franchir, en France, avant d'arriver au projet actuel.

C'est seulement à une époque toute contemporaine, alors que les Etats-Unis en possédaient depuis longtemps déjà, que la création d'asiles de traitement pour les buveurs fut préconisée en France. M. Bergeron, en 1871, considérait la constitution de Sociétés de tempérance, et la « création d'asiles analogues à ceux des Etats de l'Union », comme nécessaires pour lutter contre l'alcoolisme (1). Il demandait que tout ivrogne ayant

(1) Bergeron. *Rapport sur l'alcoolisme*. Académie de médecine, 5 décembre 1871.

donné prise à une action judiciaire (ivresse, etc...) soit dirigé sur un *établissement spécial*, pour y être soumis, sous la direction exclusive de médecins, « à un traitement moral dont il serait permis d'attendre les plus heureux résultats pour la guérison radicale, et, par conséquent, pour la régénération du plus grand nombre des ivrognes, surtout, si, à la sortie de l'établissement, des Sociétés de tempérance prenaient sous leur protection ces malheureux... »

A la Chambre des députés, en 1872, M. Desjardins fait allusion à la création d'asiles pour le traitement des buveurs. « Il est désirable, dit-il, que la France puisse être dotée, soit par son gouvernement, soit par l'initiative privée, d'une *institution analogue aux maisons spéciales d'Amérique* (1). »

Presque simultanément, M. Jules Falret (2) demande, à la Société médico-psychologique, s'il n'y a pas lieu, « dans l'intérêt des malades, comme dans celui des finances départementales, de créer des hôpitaux spéciaux ou des sections spéciales pour y recevoir les individus atteints de délire alcoolique aigu, au lieu de les placer dans des asiles d'aliénés ». D'autre part, les sujets ayant des habitudes invétérées d'ivrognerie, devraient également être l'objet de mesures particulières. M. Falret pose la question de savoir s'il est possible « d'instituer en France des *asiles spéciaux pour la séquestration des ivrognes d'habitude* ».

Dans une des séances suivantes (mars 1872), Ach. Foville, après un rapport sur les établissements de buveurs d'Angleterre et des Etats-Unis, déclare « qu'il ne croit pas qu'il y ait des motifs pour introduire cette innovation en France, la Suède et la Norvège ayant réussi, depuis trente ans, à mettre un frein aux progrès de l'alcoolisme, sans asiles spéciaux ». Pour Billod (séance du 27 avril), « en supposant que l'institution des asiles pour ivrognes soit une mesure vraiment utile, on peut se demander si elle est réalisable, en l'état actuel

(1) Desjardins. *Rapport sur les différents projets de loi relatifs à la répression de l'ivresse*, 8 janvier 1872.

(2) J. Falret. *Sur la séquestration des alcooliques*. Société médico-psychologique, 29 janvier 1872.

de notre législation ». Il n'y voit pas autre chose qu'une « louable utopie ».

En 1874, notre excellent maître, M. Magnan, à propos des alcooliques à convalescence bénigne, rapide et complète, dont certains auteurs, Lasègue entre autres, jugeaient inutile l'internement dans des asiles d'aliénés, déclare que « dans l'état actuel des choses, *ne possédant pas de refuges ou d'hôpitaux spéciaux pour conserver le temps nécessaire à leur guérison complète cette catégorie d'alcoolisés*, il est préférable... de les faire entrer dans les asiles (1) ».

Eu mai 1877, au Sénat, M. Testelin propose d'ouvrir au ministère de l'intérieur un crédit de 200,000 francs qui serait consacré, entre autres, à *étudier les asiles ou hôpitaux d'Amérique et d'Angleterre destinés à la guérison des ivrognes*.

Le D^r Berthelot, en 1882, montre la lacune qui existe dans nos établissements d'utilité publique, et réclame une « maison de buveurs habituels, destinée à l'internement volontaire ». L'auteur insiste sur ce fait, que, dans l'état actuel, les buveurs les plus désireux de guérir, ne peuvent obtenir la « faveur de la réclusion », qui peut seule les mettre à l'abri de la tentation; ils sont donc « condamnés à boire, jusqu'à ce qu'ils aient présenté les signes positifs d'une lésion mentale qui leur donne droit à la séquestration » (2). Foville, au contraire, se déclare de nouveau opposé à la création d'un hôpital public d'ivrognes : c'est, pour lui, une expérience vouée d'avance à l'insuccès.

Au *Meeting international d'Anvers contre l'abus des boissons alcooliques* (1885), M. Lancereaux demande la création de maisons de refuge pour ceux qui ne peuvent éviter l'abus des liqueurs fortes.

M. Th. Roussel, dans son rapport à la commission d'enquête du Sénat sur la consommation de l'alcool, déclare (1886) qu'il semble impossible que la commis-

(1) Magnan. *L'alcoolisme, les diverses formes du délire alcoolique et leur traitement*. Paris, 1874.

(2) Berthelot. *Les maisons de santé pour les buveurs habituels en Angleterre et en Amérique*. Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof., 25 janvier 1882.

sion, après bientôt quinze années d'inaction des pouvoirs publics, n'estime pas qu'il soit de son devoir *d'inscrire la question des asiles de traitement de buveurs dans son programme* (1).

En 1888, M. Legrain considère les asiles spéciaux pour ivrognes comme « un moyen vraiment pratique de concilier les droits de la société avec ceux des alcooliques aliénés, dont l'état maladif demande aussi protection (2). »

Le Congrès international de médecine mentale (Paris 1889) fournit aux médecins aliénistes une occasion de formuler leurs vœux sur la question. M. Legrain réclame des asiles spéciaux, où l'on recueillerait pendant un *temps déterminé par le jugement d'un tribunal*, après avis des experts spécialistes, les *alcooliques invétérés* qui sont les hôtes incessants des asiles, et les *alcooliques délinquants*. MM. Motet et Vétault (3) demandent « qu'il soit pourvu, par la création d'un ou de plusieurs établissements, à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lien, en raison de leur état mental..., que ces établissements, ayant le caractère de *maisons de traitement*, et non de maisons de répression, soient organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé ». Le Congrès adopta ces vœux à l'unanimité.

Au Congrès international de l'alcoolisme (Paris, 1889), M. Duvergier et M. Fournier de Flaix se déclarent également partisans de l'internement et de l'interdiction des buveurs.

En 1891, M. Magnan recommande la création pour les alcooliques d'un asile spécial où ces malades seraient soumis à l'abstinence de toute boisson spiritueuse ; le vin ne serait administré que dans des cas spéciaux comme médicament (4). La même année, M. Legrain,

(1) Claude. *Rapport sur la consommation de l'alcool en France*. 1887.

(2) Legrain. *Hérédité et alcoolisme*. Paris, 1888.

(3) Motet et Vétault. *Rapport sur la responsabilité des alcoolisés*. 1889.

(4) Magnan. *Rapport sur le service du Bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne*. 1891.

dans un mémoire couronné par la Société de Tempérance (1), revient sur la nécessité de créer des établissements spéciaux pour les alcooliques. D'autre part, M. le D^r Dubois, conseiller général de la Seine, étudie la question dans diverses communications et s'occupe de la faire aboutir.

En 1892, dans son Rapport annuel, M. Magnan recommande la création, non seulement d'un asile d'aliénés alcooliques, mais de *maisons de traitement pour les ivrognes* non délirants. Ces maisons de traitement recevraient les buveurs qui se soumettraient à une séquestration volontaire, et aussi « les individus adonnés notoirement à l'ivrognerie, dont les parents ou les amis réclameraient le placement, les individus condamnés plusieurs fois pour délit d'ivresse, incapables de s'amender par leur propre volonté, et qu'un traitement prolongé pourrait, au contraire, débarrasser de leurs habitudes d'intempérance. L'asile d'alcooliques, qui grouperait les alcoolisés disséminés aujourd'hui dans tous les services, aurait l'immense avantage de pouvoir soumettre ces malades au traitement le plus rationnel et le plus efficace, l'abstention des boissons spiritueuses ».

La création d'établissements spéciaux pour les alcooliques était également mise à l'étude en 1892, par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, dépose la question, au nom du ministre de l'intérieur, sur le bureau du Conseil, dont la quatrième section confie, en 1893, à MM. Magnan et Legrain, le soin de rédiger un rapport.

En 1893, un pas décisif est fait : MM. Dubois et Strauss, conseillers généraux de la Seine, déposent au Conseil général (15 nov.) une proposition tendant à « la création d'un asile pour le traitement spécial de l'alcoolisme ». M. Dubois insiste sur ces points, que l'alcoolique doit être traité d'une façon spéciale, par des moyens spéciaux, et qu'avec le système ordinaire des asiles d'aliénés on ne peut obtenir sa guérison. En janvier 1894, le Conseil général et la Direction des Affaires départementales, à la Préfecture de la Seine, nous firent l'honneur

(1) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*. Paris, 1895.

de nous confier une mission, à l'effet d'étudier l'organisation et le fonctionnement des asiles de buveurs de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche. Le rapport que nous avons rédigé à notre retour a été imprimé par les soins de l'Administration, en décembre 1894 (1).

Dès le mois d'avril, MM. Magnan, Marandon de Montyel et Marcel Briand avaient organisé dans leurs services des sections spéciales pour le traitement des alcoolisés. Ces malades ne sortent pas du quartier qui leur est réservé ; ils sont soumis à l'abstinence complète de toute boisson alcoolique. Infirmiers et infirmières sont également abstinents, et reçoivent ou recevront en argent la valeur représentative de leur ration de vin. A Villejuif, nous avons pu constater par nous-mêmes que les malades (70 femmes) se soumettent sans récrimination à l'abstinence et qu'elles s'y habituent facilement.

M. Marandon de Montyel, qui a réservé à Ville-Evrard un quartier aux alcooliques (hommes) au nombre de 74, se déclarait, après six mois d'expérience, satisfait des résultats obtenus : l'abstinence est pratiquée sans difficulté par les malades et le personnel (un surveillant et deux infirmiers). Un atelier (confection de chaussons et de paillassons) a été organisé dans le quartier même, pour ne pas laisser les buveurs inoccupés et les soustraire aux ateliers centraux où, en contact avec des non-abstinents, ils auraient pu se procurer des boissons spiritueuses. Afin de leur rendre le maintien au quartier moins pénible, on a transformé la cour en un vaste jardin avec bancs commodes, on a orné de fleurs les fenêtres et la galerie couverte ; des statuettes, des tableaux, des suspensions décorent la salle de réunion et le réfectoire. La plupart des malades reçoivent de la tisane de gentiane, du lait et du thé. Dans le service de M. Magnan, un plat sucré leur est servi au dîner, à titre de compensation, pour la suppression des rations de vin. Partout on s'attache à démontrer aux alcoolisés qu'ils

(1) Paul Sérieux. *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Allemagne, en Autriche. Création d'un asile spécial d'alcooliques dans le département de la Seine*. Montévrain. Imprimerie typographique de l'école d'Alembert, 1894.

ne sont point punis, mais soumis au seul traitement qui puisse amener leur guérison.

Le 6 juillet 1894, le Conseil général de la Seine adopta les conclusions d'un rapport de M. Deschamps, relatif au projet de construction sur un terrain dépendant du domaine de Ville-Evrard : 1° d'un asile pouvant contenir 700 aliénés (femmes) ; 2° d'un asile spécial d'alcooliques pouvant contenir 500 hommes ; 3° de services généraux communs aux deux établissements. La dépense ne devait pas excéder 4,200,000 fr.

Au Congrès de Clermont-Ferrand (août 1894), M. le Dr Ladame (de Genève) dans son rapport très documenté sur l'assistance des alcooliques (1), a émis, entre autres conclusions, les suivantes : « L'assistance des alcooliques réclame avant tout la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés, et contribuent à les rendre incurables. Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale. On y recevra les cas récents et curables.... »

« L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs.... A sa sortie de l'asile, l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinant, sous le patronage des sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidence, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile... Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes... »

Le rapport de M. Ladame fut suivi d'une discussion à laquelle prirent part MM. Bourneville, Vallon, Legrain, Deschamps, Joffroy, Aug. Voisin. Le Congrès émit le vœu :

1° Que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard des buveurs qui constituent un danger social ;

(1) Ladame. *L'assistance et la législation relatives aux alcooliques*. Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Clermont-Ferrand, 1894.

2° Que des asiles spéciaux soient fondés pour l'assistance et le traitement rationnel des buveurs ;

3° Que les médecins aliénistes soient consultés pour tout ce qui concerne la construction et l'aménagement d'asiles de buveurs.

Enfin, nous croyons devoir reproduire ci-dessous une partie des conclusions du rapport de MM. Magnan et Legrain sur la création d'asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques (septembre 1894) :

1° Sept asiles spéciaux pour le traitement des alcooliques devraient être créés en France : 1 pour le département de la Seine et 6 régionaux ;

2° Des sociétés d'abstinence et des sociétés de patronage consolideraient, au dehors, la réforme salutaire commencée à l'asile ;

3° Des établissements de consommation pour les abstinentes complèteraient l'ensemble des moyens curatifs de l'alcoolisme ;

4° Quelques articles additionnels, ajoutés à la loi du 30 juin 1838, permettraient la séquestration des buveurs d'habitude, et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison.

A la suite de la discussion du rapport de MM. Magnan et Legrain, le Conseil supérieur de l'assistance publique a émis le vœu « que l'administration encourage la création d'établissements spéciaux pour les aliénés alcooliques et l'organisation de quartiers spéciaux dans les asiles » (6 mars 1895) (1).

Le projet de création d'un asile spécial d'alcooliques, adopté sans avoir été peut-être suffisamment mûri, a

(1) Cet historique serait incomplet, si nous omettions de citer le très intéressant rapport de M. L. Puteaux, secrétaire de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine. Ce travail, intitulé : *Etude sur l'alcoolisme en Suisse. Les Sociétés de tempérance et les asiles pour les buveurs* (1894), contient de nombreux documents pris sur place et présentés sous une forme très attachante. La lecture en est indispensable pour qui veut connaître dans le détail le grand mouvement antialcoolique qui se produit actuellement en Suisse sous l'impulsion du professeur Forel et de la Société de la Croix-Bleue.

Mentionnons enfin l'importante communication faite récemment par M. Magnan à l'Académie de médecine : *Des asiles spéciaux d'alcooliques*, juillet 1894.

été l'objet de critiques et d'objections nombreuses. Les partisans du traitement des alcoolisés dans des établissements spéciaux, eux-mêmes, ne voyaient pas, sans crainte l'organisation d'un asile de *cinq cents* alcooliques. Le chiffre considérable de la population était vivement critiqué par ceux qui, au courant de la question, connaissaient les exigences toutes spéciales du traitement des alcoolisés, savaient que les buveurs ne peuvent être soignés en bloc, qu'ils réclament un traitement moral individuel, et n'ignoraient pas que tous les asiles étrangers, sauf quelques établissements des Etats-Unis (1), ne possèdent qu'un nombre restreint de malades (25 à 40 environ), et se refusent à dépasser le chiffre de quarante-cinq.

L'œuvre de thérapeutique psychique, sans laquelle il n'y a pas de relèvement possible des buveurs, ne saurait, avec un nombre plus élevé de pensionnaires, être poursuivie d'une façon efficace.

On se posait aussi diverses questions qu'il aurait fallu résoudre avant de décider la création d'un vaste asile de 500 lits. A ces questions, il était d'autant plus malaisé de répondre que l'enquête faite à l'étranger, ayant trait à des établissements fondés sur des bases toutes différentes, ne pouvait fournir que des indications approximatives. Il n'existe, en effet, d'asile public répondant au type que doit réaliser l'établissement spécial de la Seine, ni en Suisse, ni en Allemagne, ni en Angleterre, ni enfin aux Etats-Unis.

Asile public départemental, ayant une population de cinq cents malades, tous placés d'office, ou sur la demande de leur famille, pour des troubles délirants d'origine alcoolique, et en vertu de la loi sur les aliénés, l'asile d'alcoolisés de la Seine différera des établissements suisses et allemands (type Ellikon). Ceux-ci, fondés par

(1) La population des établissements américains est, d'ailleurs, loin d'atteindre le chiffre adopté pour l'asile de la Seine. L'asile de l'île Ward (New-York), le plus considérable, possédait, en 1871, centquarante-neuf malades. Ajoutons que, d'après M. Forel, on admire en général avec trop peu de réserves les grands asiles américains. « J'ai entendu, dit-il, des plaintes sérieuses portant précisément sur le manque d'étude et de traitement individuels des buveurs dans les grands asiles... »

l'initiative privée, limités systématiquement à un nombre restreint de malades, sont basés sur le principe de l'internement et de la sortie volontaires, ainsi que de l'élimination des sujets délirants (1).

L'asile de la Seine ne répondra pas davantage au type des établissements anglais (Dalrymple-home, etc.), puisque dans ces derniers, le malade, entré volontairement, est maintenu, en vertu d'une loi, pour un laps de temps variable (un an au maximum). Chez nous, au contraire, une fois guéri de son délire, le sujet, placé d'office ou par sa famille, ne pourra être maintenu malgré lui faute de dispositions législatives spéciales (2).

Enfin, l'asile départemental ne réalisera pas davantage le troisième type d'établissement pour buveurs, existant aux Etats-Unis. Là, en effet, si les malades sont (comme ce sera le cas dans la Seine) placés d'office, la durée de l'internement est fixée par une loi spéciale qui autorise le maintien à l'asile jusqu'à guérison. Ajoutons que ces placements d'office concernent aussi les buveurs d'habitude, que l'établissement de la Seine ne saurait admettre.

L'asile projeté constitue donc un quatrième type, sans précédent, caractérisé par les particularités suivantes, la plupart défavorables : *a) asile public* départemental ; *b) nombre élevé* des malades (500) ; *c) admission d'alcooliques délirants* ; *d) placement* des alcoolisés d'office, ou sur la demande des familles, *en vertu de la loi sur les aliénés* ; *e) absence de toute disposition législative* permettant le maintien de l'alcoolique durant le temps nécessaire à la guérison.

Nous allons examiner les conditions auxquelles doit répondre l'asile projeté, en nous basant sur certains principes fondamentaux indispensables, l'expérience l'a démontré, à l'organisation d'un établissement de ce genre. Tels sont : la *sélection des malades* à admettre ; — le *nombre restreint* des sujets par groupement ; —

(1) Paul Sérieux. L'assistance des alcooliques en Suisse et en Allemagne. *Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1895.

(2) P. Sérieux. Les établissements pour le traitement des buveurs en Angleterre et aux Etats-Unis. *Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, juin 1895.

l'abstinence complète pour les malades et pour le personnel; — *le travail obligatoire*; — *le traitement moral individuel*; — *le séjour prolongé* (6 à 18 mois).

Recrutement des malades. — On a beaucoup discuté sur le but de l'asile spécial. On s'est demandé ce qu'il fallait entendre par « alcooliques ». On a, pour connaître le nombre approximatif des sujets susceptibles d'être traités, fait la statistique des alcoolisés des divers services des asiles de la Seine. Les proportions ont varié, suivant les médecins, de 5 à 75 « alcooliques » pour 100 aliénés. De semblables écarts s'expliquent parce qu'on n'a point toujours tenu compte du but précis de l'établissement. Ce dernier doit être un *hôpital de traitement de l'alcoolisme*. C'est dire qu'il s'adresse, avant tout, aux *alcoolisés curables*. Une sélection rigoureuse faite avant l'entrée des malades, complétée par une période d'observation après l'admission, empêchera seule l'asile d'être rapidement encombré par un stock d'incurables, et de devenir, au lieu d'un hôpital de traitement, une coûteuse maison de détention. *La curabilité doit donc être le criterium de l'admission.*

Il est trop évident, est-il besoin d'y insister? que l'asile d'alcooliques n'aura pas à recueillir les sujets chez lesquels une longue intoxication a déterminé un affaiblissement accusé des facultés intellectuelles (démence alcoolique, paralysie générale), pas plus que les aliénés qui auront fait des excès alcooliques sous l'influence de leur état d'excitation malade (maniaques, persécutés, etc.). On n'y gardera pas davantage les alcoolisés dont les excès de boisson ne sont qu'une des multiples manifestations d'un état de dégénérescence mentale, se traduisant en outre par des impulsions dangereuses, des lacunes morales profondes. La présence dans un asile de traitement de ces *fous moraux*, chez lesquels les habitudes d'intempérance sont en quelque sorte accessoires, serait néfaste en raison de l'influence pernicieuse que ces sujets exerceraient sur les autres buveurs; ils constitueraient des éléments dangereux de désordre et d'indiscipline: leur place n'est point dans un service de traitement (1). Il

(1) Pour les fous moraux, pour les criminels et les délinquants

faudrait également éliminer, dans la mesure du possible, ou au moins isoler dans un quartier spécial, les ivrognes de profession manifestement incurables, les récidivistes invétérés qui comptent à leur actif un grand nombre de séquestrations, ceux qui, désireux de prendre leurs quartiers d'hiver dans un asile, exploitent leur peu de résistance à l'alcool pour s'assurer une retraite oisive.

Ces diverses éliminations s'imposent. Est-ce à la phase ultime où l'alcoolisé, complètement dégradé au point de vue moral, profondément affaibli dans son intelligence et dans son caractère, n'est plus qu'une non-valeur sociale, qu'il est profitable pour la société d'intervenir? Partout, au contraire, les personnalités compétentes se plaignent qu'on attende trop longtemps pour provoquer le placement des buveurs. Si l'on veut faire œuvre utile, l'admission dans l'asile spécial ne devra pas être le couronnement d'une longue carrière d'ivrognerie; l'établissement projeté ne devra pas être « les *Invalides* de l'alcoolisme ». C'est de préférence, au contraire, aux alcooliques « débutants » qu'il doit s'adresser, aux internés pour la première fois, chez lesquels l'intoxication n'est pas très ancienne: ce sont en effet ceux-là qui, toutes choses égales, présentent le plus de chances de guérison.

Quant aux alcoolisés atteints au cours de leur séjour d'une affection mentale incurable, ou frappés d'accidents cérébraux (paralysie, etc.), ils devront être transférés dans un asile d'aliénés.

Parmi les malades à admettre on peut distinguer les catégories suivantes: — les sujets atteints de délire alcoolique aigu ou subaigu; — les dipsomanes; — les sujets chez lesquels l'ivresse revêt une forme pathologique (ivresse avec fureur, ivresse excito-motrice); — les alcooliques chroniques désireux et capables de guérir;

que l'arrêt de développement de leurs facultés psychiques rend réfractaires à tout traitement et irresponsables, il faut fonder des asiles spéciaux. Ces établissements ne sont pas près d'être créés, et, dans la pratique, il est à craindre qu'on n'envoie certains des sujets précédents dans l'asile de traitement sous prétexte d'accidents alcooliques. Il faudra donc réserver un quartier à ces malades qui ont besoin d'une surveillance spéciale.

— les buveurs d'habitude non délirants qui sollicitent eux-mêmes leur admission; — les sujets atteints d'hystérie ou d'épilepsie d'origine toxique (alcools, essences); — les dégénérés atteints de psychoses aiguës en voie d'amélioration, chez lesquels l'alcool ayant servi d'agent provocateur du délire, l'abstinence est indiquée comme moyen prophylactique pour éviter les rechutes; — certains aliénés chroniques (imbéciles, etc.), qui ne peuvent être gardés dans les asiles ordinaires, à cause de leurs tendances à boire, et de la facilité avec laquelle, aillenrs, ils peuvent se procurer des boissons; — enfin, les morphinomanes, etc.

M. Magnan se demande si l'asile ne pourrait pas recevoir aussi, par mesure administrative, les ivrognes récidivistes condamnés pour ivresse publique, les ivrognes chez lesquels des préoccupations hypochondriaques et un fond de dépression créent un état mental voisin de la folie, sans constituer un délire proprement dit. « Ces derniers malades qui se refusent à un placement dans un asile d'aliénés..., ne feraient souvent aucune difficulté pour venir frapper à la porte de la maison spéciale d'alcooliques. »

L'âge doit être un facteur à considérer; la plupart des asiles de traitement pour les buveurs n'admettent guère de sujets au-dessus de cinquante à cinquante-cinq ans. L'âge avancé constitue une contre-indication qui n'est pas formelle sans doute, mais dont il sera bon de tenir compte.

Population. — Le principe d'un asile unique étant admis de préférence à la création d'un certain nombre de petits établissements d'une cinquantaine de malades, le chiffre de cinq cents pensionnaires paraît devoir être largement suffisant pour permettre d'hospitaliser les intoxiqués par l'alcool (1). A ce propos donnons quelques chiffres qui montreront le nombre des entrées au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, motivées par le délire alcoolique ou l'alcoolisme chronique.

(1) Nous avons déjà fait des réserves sur la population considérable de cet asile de traitement des alcoolisés. MM. Forel et Legrain sont également opposés à la création d'un établissement aussi vaste.

Années.	Hommes.	Femmes	Total.
1887	488	58	546
1888	477	88	565
1889	521	128	649
1890	542	122	664
1891	558	127	685
1892	632	146	778
1893	559	123	682

La proportion des entrées pour intoxication alcoolique s'est élevée, de 1887 à 1892, de 24,84 0/0 pour les hommes à 30,31 ; et pour les femmes de 3,92 à 8,23 0/0 (Magnan).

Les diagnostics des malades admis sont les suivants pour 1892 :

Hommes. .	{	Delirium tremens fébrile. . . .	13
		Délire alcoolique	293
		Alcoolisme chronique.	322
		Absinthisme,	4
Femmes. .	{	Delirium tremens.	3
		Délire alcoolique	70
		Alcoolisme chronique.	63

On peut ajouter à ces chiffres, pour l'année 1892, huit morphiniques (trois hommes, cinq femmes).

D'autre part, d'après les recherches de M. Paul Garnier à l'infirmerie spéciale du Dépôt, la moyenne annuelle des cas de folie alcoolique, s'élevait, il y a 20 ans, à 367 (pour les deux sexes). Quinze ans plus tard, cette moyenne annuelle était de 729, c'est à dire que dans cet intervalle, elle avait doublé. Examinée séparément dans chaque sexe, la proportion de la folie alcoolique n'a pas tout à fait doublé chez l'homme, mais a plus que doublé chez la femme dans un intervalle de quinze ans (1873-1888).

Ces chiffres montrent la nécessité de réserver aux femmes alcooliques 150 lits environ sur les 700 que doit renfermer la division des femmes du cinquième asile du département de la Seine.

Emplacement. — Le domaine choisi est favorablement situé, en ce sens qu'il est assez éloigné de Paris, et placé dans une contrée agréable.

Il importe que l'on prenne des mesures afin d'assurer un certain isolement de l'établissement, et plus parti-

culièrement d'empêcher l'installation de cabarets dans le voisinage.

Superficie. — La surface affectée à l'établissement et à ses dépendances n'excède pas 30 hectares, sur lesquels 10 hectares environ doivent être réservés pour la culture maraîchère, et, s'il y a lieu, l'aménagement d'un champ d'épandage. Ce *domaine cultural* sera insuffisant. Les inspecteurs généraux du service des aliénés (1874) demandent 15 hectares pour 100 aliénés hommes ; il aurait donc fallu un domaine cultural de 75 hectares. Sans doute, dans la Seine, on n'a pas affaire à une population rurale ; mais, par contre, la proportion de travailleurs dans l'asile d'alcooliques sera de beaucoup plus considérable que dans un établissement d'aliénés.

Vingt hectares constitueront le *terrain d'assiette* de l'établissement qui doit comprendre, rappelons-le, un asile pour 700 femmes aliénées, un asile pour 500 hommes alcooliques, et des services généraux communs aux deux asiles. Le terrain dont on disposera sera à peine suffisant, si l'on veut isoler le plus possible les deux établissements, et surtout si l'on est décidé à renoncer définitivement au système des asiles-casernes, aujourd'hui condamné, et dont l'asile de Villejuif est le spécimen le plus complet.

Il a été dit au Congrès de Clermont-Ferrand qu'un asile d'aliénés et un établissement d'alcooliques devaient avoir une organisation matérielle toute différente.

Les conditions du programme sont loin d'être aussi dissemblables qu'on l'a affirmé. Mais il convient ici de dissiper un malentendu. Si l'on envisage nos asiles-casernes actuels, la réponse n'est pas douteuse : oui, un établissement d'alcooliques doit complètement s'en distinguer. Si, au contraire, on tient compte, plus qu'on ne l'a fait jusqu'en ces derniers temps, des progrès réalisés à l'étranger dans la constitution matérielle des asiles d'aliénés, on est amené à cette conclusion que l'établissement d'alcooliques doit être construit sur le même plan général que l'asile d'aliénés *moderne*, c'est-à-dire qu'il doit, comme ce dernier, être composé d'un *hôpital* de traitement et d'une *colonie*. Cet hôpital et cette colonie sont constitués, tous deux, par des pavil-

lons détachés, complètement isolés, entourés de jardins, non reliés par des galeries couvertes, sans dortoirs démesurés.

La symétrie à laquelle actuellement on voit tout sacrifier (économie, bien-être des malades, etc.), la symétrie doit être systématiquement évitée. Une seule chose doit distinguer l'asile d'alcooliques de l'asile d'aliénés, c'est le nombre proportionnel des malades qu'il convient d'affecter à la colonie et à l'hôpital de traitement. Il faut espérer, disions-nous dans notre rapport à l'Administration préfectorale, que, rompant résolument avec les formules surannées, on abandonnera le type d'asile constitué par des quartiers de classement flanqués d'un préau monotone, groupés le plus souvent deux à deux, symétriquement disposés, tantôt se développant parallèlement entre eux et perpendiculairement à l'axe de l'établissement (Villejuiif), tantôt disposés sur deux lignes parallèles (Ville-Evrard). Ce genre de construction, qui a pu jadis réaliser un progrès dans l'assistance des aliénés, ne satisfait plus aux exigences actuelles de la science et de l'humanité (traitement individuel des formes aiguës, colonisation des malades chroniques).

Le système des pavillons éparpillés sans symétrie sur la plus grande surface possible, formant autant de cottages complètement indépendants les uns des autres, entourés de vastes jardins, dont des rideaux d'arbres et des massifs accentuent encore l'indépendance, ce système serait de beaucoup préférable.

Application du système de l'open-door. — L'application du système de l'*open-door* (portes ouvertes), adopté actuellement en Angleterre, en Ecosse et en Allemagne, s'impose pour le cinquième asile.

On sait aujourd'hui que, la moitié au moins, parfois les deux tiers des aliénés, peuvent bénéficier d'une certaine liberté. Il est donc aussi funeste au point de vue thérapeutique, que regrettable au point de vue humanitaire, de soumettre cent malades à une surveillance et à une séquestration troites que réclament seulement une quarantaine d'entre eux, alors que les soixante autres pourraient jouir d'une liberté relative. Bien différent des établissements de détention où l'on

s'est longtemps borné à *séquestrer* les aliénés, l'asile conçu suivant ce principe, asile de *traitement*, constitue ce que demandait Esquirol : un instrument de guérison. Des deux parties de l'asile-colonie, construit conformément aux principes de l'*open-door*, l'une, l'*hôpital de traitement*, comprend un certain nombre de pavillons « fermés » pour les malades atteints de psychoses aiguës, exigeant des soins médicaux constants, et pour les sujets dont l'état mental nécessite une surveillance spéciale ; — l'autre, la *colonie*, est formée de villas dont les portes et fenêtres peuvent être ouvertes par les malades eux-mêmes, et où sont placés les aliénés qui peuvent jouir d'une certaine liberté (convalescents et chroniques) (1).

Les asiles construits d'après le système de l'*open-door* n'ont pas, en général, de *mur de clôture*. Cependant, on peut se demander si, dans l'espèce, une clôture ne serait pas utile ; elle empêcherait, jusqu'à un certain point, les évasions, tout en permettant de laisser aux malades plus de liberté dans l'intérieur de l'établissement.

Le mur de clôture pourrait être précédé de fossés en pente douce, afin que le mur, tout en possédant la hauteur nécessaire, n'intercepte point la vue.

Les pavillons des alcooliques (et ceux des femmes aliénées) seraient les uns fermés (pavillons de surveillance, d'admission, etc.), les autres ouverts pendant le jour (2).

(1) Il est à désirer que l'on tienne compte, dans le département de la Seine, de cette conception moderne de l'asile d'aliénés. Il serait utile que l'architecte chargé de la construction du cinquième asile visitât l'asile-colonie d'*Alt-Scherbitz* (Prusse), où l'*open-door* a été appliqué pour la première fois en Allemagne d'une façon générale et systématique, ainsi que les asiles analogues de *Zachardrass* (Saxe), de *Gabersee* (Bavière), de *Wuhlgarten* (Berlin). Des établissements conçus sur le type de l'asile d'*Alt-Scherbitz* sont actuellement en construction ou projetés en Russie, en Suède, en Norvège, en Hollande et en Amérique. L'asile modèle d'*Alt-Scherbitz* (840 malades) possède un domaine de 300 hectares dont le prix d'achat a été de 1,250,000 francs. Les frais de construction se sont élevés à environ 2,150,000 francs.

(2) L'application de l'*open-door*, la colonisation des aliénés tranquilles, le traitement des psychoses aiguës nécessitent un personnel médical et un personnel de surveillance plus nombreux

Inconvénients d'un asile mixte. — L'asile d'alcooliques doit, d'après le programme, être séparé de l'asile des femmes aliénées, mais les services généraux seront communs. On a voulu isoler l'asile de buveurs, avec ses malades et son personnel soumis à l'abstinence, de celui des aliénées. Cette préoccupation est légitime : elle a pour but d'assurer la prohibition de l'alcool.

En outre, la maison de traitement des alcooliques ne doit rappeler l'asile d'aliénés, ni par sa dénomination (dont les mots *asile* et *alcooliques* devront être bannis), ni par son aspect général, ni par son association étroite avec un établissement de ce genre. Il ne faut pas que le sujet se considère, ou soit considéré par les siens, comme étant dans un « asile d'aliénés ». Il n'en aurait que plus de hâte pour réclamer une sortie qui ne sera malheureusement que trop souvent prématurée. Tout plaide donc, sauf des considérations d'économie, en faveur d'un établissement d'alcooliques aussi indépendant que possible de l'asile d'aliénées.

La communauté des services généraux sera, on l'a fait remarquer au Congrès de Clermont-Ferrand, de nature à faciliter la transgression du règlement concernant la prohibition totale de l'alcool. D'autre part, isoler complètement les deux asiles en les dotant chacun de services généraux spéciaux, serait fort coûteux. Un moyen simple de remédier aux dangers réels de la communauté des services généraux, tout en évitant les dépenses qu'occasionnerait la construction de deux établissements distincts, serait de soumettre les femmes aliénées au régime de l'abstinence des boissons alcooliques. En général les aliénés se trouvent

que ceux de nos asiles de la Seine. Il faut une proportion moyenne de un infirmier pour huit à dix malades, proportion que l'encombrement permanent de nos asiles ne permet pas d'atteindre.

Quant au personnel médical des asiles de la Seine, il est insuffisant en nombre. Il comprend, par exemple, à Villejuif (1,300 et même 1,400 malades), quatre docteurs en médecine, dont deux chefs de service seulement, assistés de quatre internes. C'est trop, s'il ne s'agit que de soigner les maladies incidentes et de surveiller les aliénés et infirmiers ; c'est trop peu si l'on veut « traiter » les malades. A l'asile de Herzberge (Berlin), le traitement des aliénés, dont le nombre ne dépasse pas mille, est assuré par treize docteurs en médecine, dont trois chefs de service.

bien de ce régime (1) : ce serait un essai intéressant que de l'imposer, comme on le fait en Angleterre, à la totalité des malades du cinquième asile. Si l'opinion publique ne paraissait pas encore suffisamment préparée pour accepter l'application de cette mesure d'hygiène, on pourrait recruter la population de l'asile des femmes parmi les aliénées chez lesquelles l'abstinence est plus particulièrement indiquée : telles sont les alcooliques, les morphiniques, les épileptiques, les hystériques, les enfants.

On obtiendrait ainsi de nombreux avantages : on éviterait l'union dangereuse d'un service d'abstinents et d'un service où malades et personnel recevraient des boissons alcooliques ; d'autre part, on réunirait dans un même établissement des sujets (hommes et femmes) qui, en raison de leur état mental particulier, de leur lucidité (alcooliques, épileptiques, hystériques, etc.), peuvent et doivent être séparés des aliénés proprement dits. Ces malades seraient soumis et habitués à l'abstinence qu'exige leur hygiène psychique.

Ségmentation de l'asile en dix colonies indépendantes.

— Dans les établissements de buveurs suisses et allemands, on n'est point partisan, nous le savons, de grandes agglomérations de malades ; le nombre des pensionnaires est systématiquement limité à 30 ou 40. La cure du buveur nécessite, en effet, en outre de l'abstinence et du travail, un traitement psychique individuel pour lequel les grands asiles ne sont pas favorables.

Le nombre considérable des alcooliques du département de la Seine exigeant plusieurs centaines de places et le principe d'un grand asile de 500 malades ayant été malheureusement adopté, il fallait de toute nécessité ne pas perdre de vue, dans l'aménagement de ce

(1) En Angleterre, le régime abstinent est adopté dans près de la moitié des grands asiles qui sont au nombre de 129 (Magnan). Presque tous les médecins qui ont supprimé la bière, seule boisson fermentée employée dans le régime des asiles anglais, se félicitent de cette réforme. Le conseil des asiles d'aliénés de la ville de Londres a interdit, depuis plusieurs années, l'usage des boissons alcooliques (bière, vin) dans tous ces asiles, tant pour les malades que pour les infirmiers (Forel). Le régime abstinent a été également adopté à l'asile de Zurich, à la clinique psychiatrique de Heidelberg.

vaste établissement, le but bien défini qu'il avait à remplir, afin de concilier l'individualisation indispensable au traitement avec le chiffre de la population.

Pour pallier les inconvénients de cette énorme agglomération de buveurs, pour éviter la promiscuité, la contagion morale provenant de la présence de sujets plus ou moins tarés, les désordres et les rébellions qui ne manqueraient pas de se produire dans un asile-caserne, pour permettre un traitement individuel, il fallait pouvoir réaliser un classement soigneux, basé sur la présence ou l'absence de troubles délirants, le niveau moral et intellectuel des malades, le milieu social auquel ils appartiennent, leur profession, leur éducation, leurs chances et leur désir de guérison.

En vue de donner satisfaction à ces exigences du traitement des buveurs, il nous a paru indispensable de segmenter l'asile en dix sections indépendantes, de répartir les malades par groupes de 50 dans dix pavillons, formant chacun une colonie autonome, ayant son jardin, ses jeux, son personnel de surveillance. Grâce à cette disposition il devient possible de séparer les alcoolisés par catégories, de réunir les délirants, les sujets cherchant à s'évader, ceux qui sont réfractaires à toute discipline, ceux qui appartiennent à un milieu social plus élevé, ceux qui peuvent bénéficier d'une liberté relative, etc. (1).

(1) M. Forel à qui nous avons soumis le projet ci-dessus, inspiré de l'établissement d'Ellikon, a bien voulu nous faire savoir qu'il considérerait cette segmentation de l'asile en un grand nombre de pavillons comme indispensable pour atténuer les inconvénients du nombre considérable des malades. « Si l'on veut, dit M. Forel, traiter tous les buveurs suivant un même système, dans une grande caserne, on manquera son but. »

M. Puteaux est également partisan de la construction de dix pavillons complètement indépendants et suffisamment éloignés les uns des autres pour vivre chacun de leur vie propre.

Pour M. Magnan, les différents quartiers de l'asile d'alcooliques ne devraient comprendre que quarante ou cinquante malades, et ces quartiers devraient être plus éloignés les uns des autres que les quartiers des asiles ordinaires. (Procès-verbaux de la Commission de surveillance, octobre 1894). Dans un rapport récent, M. Magnan déclare de nouveau que « l'idéal pour le traitement des alcoolisés, serait de les réunir, comme en Suisse, par groupes de quarante ou cinquante dans des établissements distincts

Disposition des quartiers de classement. — Ces pavillons seront suffisamment éloignés les uns des autres; ils ne devront pas être disposés symétriquement, ni reliés par des galeries couvertes. L'aspect général de la colonie d'alcooliques sera ainsi tout différent de celui de nos asiles et bien plus agréable; en outre, le nombre des pavillons pourra, le cas échéant, être augmenté sans que l'on soit arrêté par le respect de la symétrie du plan général. Ceux-ci devront être tous dissemblables afin d'éviter la monotonie de constructions toutes identiques: un certain nombre affecteront la forme de villas, de chalets; ils seront ornés de terrasses, de vérandas encadrées de plantes grimpantes. Leur façade principale sera orientée, autant que possible, de façon à jouir d'une vue agréable. Un jardin entourera chaque pavillon, jardin ne rappelant en rien le préau géométrique de nos asiles, mais planté d'arbres d'agrément à hautes tiges, d'arbustes. Ce jardin sera clos, non par un mur (il ne devra pas y avoir d'espace clos de murs dans l'intérieur de l'établissement), mais par des haies, des palissades de faible hauteur, que masqueront des bosquets touffus. En un mot, on devra s'attacher à éviter systématiquement cette implacable symétrie, cette uniformité dont l'œil se lasse, et qui donne à nos asiles une physiologie si monotone. Il faudra également laisser de côté, même pour l'asile des femmes aliénées, grillages, barreaux aux fenêtres, sauts-de-loup à l'intérieur des préaux, et en général toutes les dispositions d'un autre âge qui témoignent de l'ingéniosité de leurs inventeurs, plus que de leur connaissance exacte des exigences du traitement des maladies mentales. Ces arrangements spéciaux, inutiles et dangereux, qui ont disparu des asiles-colonies dont nous avons parlé, mais dont on se sert encore aujourd'hui à tort dans certains établissements d'aliénés, seraient encore moins de mise dans une colonie d'alcooliques. L'inconvénient résultant de l'éloignement des pavillons sera pallié par l'installation d'un

avec ateliers, ferme et terrains de culture... » (*Rapport présenté par MM. Magnan et Salleron sur les opérations du jury du concours pour la construction du cinquième asile. Proc. verb. de la Comm. de surveill., mars 1895*).

chemin de fer Decauville, et par l'usage de marmites norvégiennes pour le transport des aliments (1).

L'aspect extérieur et l'aménagement intérieur de chaque pavillon devront être différents suivant les malades auxquels ils sont destinés. On peut distinguer :

- 1° Un pavillon d'admission et d'observation ;
- 2° Un pavillon de surveillance ;
- 3° Un pavillon pour pensionnaires payants ;
- 4° Sept pavillons pour les travailleurs.

Des quartiers de surveillance sont indispensables. Les alcooliques ont besoin d'être mis en observation pendant les premiers jours de leur entrée, et, pour plusieurs, cette période d'observation doit se prolonger encore assez longtemps. A côté des malades atteints de délire alcoolique à *convalescence bénigne, rapide et complète* (Magnan), chez lesquels les troubles psychiques disparaissent en quelques jours, ou ne se traduisent que la nuit par des hallucinations pénibles, il en est d'autres à *convalescence lente*. Chez eux, des idées délirantes de persécution, greffées sur les troubles hallucinatoires, persistent plus ou moins longtemps (des semaines et parfois des mois). Enfin, chez certains malades, la convalescence est entravée par des idées délirantes plus ou moins systématisées, qui peuvent durer quelques mois. Ces sujets auront donc besoin d'une surveillance assez prolongée.

Les pavillons de surveillance seront au nombre de deux : 1° *Pavillon d'admission et d'observation*. — Il sera destiné à trois groupes de sujets : 1° les entrants ; 2° les malades en observation ; 3° les sujets atteints de maladies incidentes.

Tous les alcoolisés entrants, délirants ou non, feront dans ce pavillon un séjour variable (2). Ils y seront sou-

(1) Donnons sur le plan général de l'asile l'avis de M. Forel, rapporté par M. Puteaux : « Il ne faut pas grouper vos bâtiments, mais les isoler. Il est vrai que vos architectes sont tellement habitués à la symétrie dans la construction matérielle de vos asiles, qu'ils ne peuvent concevoir de groupement des quartiers de classement que reliés par des galeries couvertes se développant géométriquement les unes derrière les autres. Or, c'est le contraire qui s'impose dans le traitement des alcooliques qu'il faut éviter de grouper et de concentrer sur un même point. »

(2) M. Rouby (Un hôpital d'alcoolisés. *Ann. méd.-psychol.*,

mis à une surveillance constante de la part d'un personnel bien dressé, et à une étude approfondie de la part du médecin. C'est seulement, en effet, par une connaissance exacte de l'état mental et physique du malade, de ses tares héréditaires, par la reconstitution de son passé, par la recherche des causes, si variées, qui ont pu provoquer les habitudes d'intempérance, par l'appréciation de sa situation de famille, par la forme et la gravité des accidents alcooliques, par la durée de l'intoxication et son intensité, que le médecin pourra fixer la durée approximative du séjour nécessaire, et entreprendre, en connaissance de cause, le traitement moral individuel de l'alcoolisé. D'après les résultats de l'examen, d'après la moralité, les aptitudes, la profession du malade, ses dispositions (désir sincère d'amendement, ou parti arrêté de se soustraire à la règle), le sujet, une fois les accidents aigus dissipés, serait envoyé dans tel ou tel pavillon : cette sélection, bien opérée, rendrait les plus grands services.

Le second groupe comprendrait les sujets qu'un incident quelconque oblige à mettre de nouveau en observation : tels sont les alcoolisés supposés atteints d'hystérie, d'épilepsie, de paralysie générale, les malades atteints de dépression mélancolique, d'excitation passagère, les dégénérés chez lesquels, sur le délire toxique, se sont greffées d'autres idées délirantes, etc.

Le troisième groupe serait formé par les sujets atteints d'affections somatiques, de sorte que le pavillon d'admission et d'observation servirait également d'infirmierie (sauf pour les maladies contagieuses).

Ce pavillon, qui devra être situé le plus près possible du pavillon du chef de service et du logement des assistants, aura un aménagement spécialement adapté à son but.

Au rez-de-chaussée, une vaste chambre de surveillance communiquant avec deux dortoirs de dix lits chaque.

septembre 1894), propose de n'admettre les alcoolisés dans l'asile spécial qu'après la disparition complète des accidents délirants aigus. Nous pensons qu'il importe, au contraire, que le médecin appelé à se prononcer sur la sortie du malade ait pu observer ce dernier au cours de la période délirante, apprécier l'intensité et la durée de celle-ci.

Dans l'un de ces dortoirs, on pourra maintenir au lit et surveiller les malades arrivés dans des conditions physiologiques défectueuses (1). Toujours au rez-de-chaussée : six chambres d'isolement, une salle de bains contenant trois baignoires et une balance, une office, trois chambres d'infirmiers. Pour ce qui est des *chambres d'isolement*, nous partageons entièrement l'opinion de Renaudin qui considère la « cellule comme une cause permanente d'excitation, comme exagérant les conséquences de l'état hallucinatoire et comme favorisant le développement des conceptions délirantes les plus tenaces ». Elle n'est pas moins nuisible, dit avec raison Renaudin, sous le rapport hygiénique. Ajoutons que les malades y contractent des habitudes d'onanisme, de malpropreté, de gâtisme, qu'ils y deviennent farouches et insociables. Cependant on est parfois obligé d'avoir recours à l'isolement passager d'un aliéné, et les chambres d'isolement sont souvent utiles pendant la nuit pour les sujets agités, en proie à l'insomnie. Il faut donc en prévoir un certain nombre, tout en faisant des réserves sur leur emploi (2). Les cellules doivent avoir de 12 à 15 mètres carrés de superficie, et une capacité de 50 à 60 mètres cubes. Quelques-unes d'entre elles auront une double porte : la porte intérieure est séparée de la porte extérieure par un intervalle de 25 centimètres environ. La porte intérieure doit être en chêne, d'une épaisseur de 0^m,05 à 0^m,08, et munie à hauteur de l'œil d'une glace de 0,015 d'épaisseur. La porte doit se fermer spontanément lorsqu'elle est poussée, et non exiger l'introduction d'une clef dans la serrure. Les gonds seront disposés de façon que l'ouverture de la porte ne laisse pas, entre cette dernière et son cadre, d'espace vide où le malade puisse introduire ses doigts.

(1) Nous avons vu, dans différents asiles allemands, des lits spéciaux pour certains aliénés agités, disposés ainsi : le matelas repose directement, ou par l'intermédiaire d'une pailleasse, sur le plancher, au fond d'une sorte de cuve dont les parois capitonnées s'élèvent à plus d'un mètre au-dessus du matelas.

(2) A l'asile d'Alt-Scherbitz, il y a 2,5 chambres d'isolement pour 100 aliénés. Nous n'avons trouvé que cinq hommes en cellules, le jour de notre visite, sur une population de 500 malades. Cet isolement est, d'ailleurs, toujours passager.

Dans ce but, la porte tourne, non sur deux gonds latéraux, mais sur deux pivots placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous d'elle. Le parquet sera en chêne.

L'éclairage se fera à l'aide d'une fenêtre à hauteur d'appui, composée d'un châssis en fer et de glaces incassables d'une faible hauteur (0^m,15). Pour l'éclairage nocturne, une lampe électrique sera placée au niveau d'une ouverture située au-dessus de la porte. — Des registres situés à une hauteur suffisante pour être inaccessibles aux malades (2^m,50), serviront au chauffage et à la ventilation. Une *chambre d'isolement capitonnée* sera nécessaire. On pourrait prendre modèle sur celles des asiles de Bâle et de Vienne (1).

Nous donnons ci-dessous la description du pavillon d'admission et d'observation d'Alt-Scherbitz. Ce pavillon, construit pour 26 malades et 4 infirmiers, est situé dans un jardin qu'entoure une barrière d'une faible hauteur (1^m,85.) Il n'a qu'un rez-de-chaussée. Une véranda (n° 1 du plan) conduit dans une grande salle de réunion (*Tagesräume*, n° 2) flanquée à droite et à gauche de deux salles plus petites (n° 3 et 4) qui sont en communication avec elle. Une de ces chambres communique en outre avec un vestibule (n° 5, *Flur*) ; on peut ainsi se servir de cette pièce pour faire visiter des malades qui ne peuvent être conduits au parloir, sans que les visiteurs aient à passer par les autres salles. Les

(1) « Les murs, dit M. Puteaux, ne sont pas directement capitonnés et matelassés ; il y a, en avant et formant rempart, une haute carcasse de paravents capitonnés, solidement assujettis, environnant sur ses quatre faces le patient, avec un chemin de ronde ménagé entre cette carcasse et les murs. Le sol lui-même est capitonné et fait partie de l'enveloppe mobile. » Ajoutons que cette carcasse est constituée par quatre piliers en bois, très solides, placés aux quatre angles de la cellule. Ces piliers sont reliés entre eux par des lanières de toile résistante, horizontalement dirigées, qui, en se croisant avec des lanières verticales, forment une paroi élastique, recouverte d'une toile peinte à l'huile, et contre laquelle viennent s'épuiser les coups des malades. Le sol de la cellule, la porte sont capitonnés de la même façon. Les parois de cette carcasse ont une hauteur de trois mètres environ et laissent une intervalle libre entre leur extrémité supérieure et le plafond de la chambre dans laquelle est contenue la carcasse elle-même. Il n'y a de fenêtre que dans le chemin de ronde ; l'éclairage se fait ainsi indirectement par la partie découverte de la carcasse.

deux salles latérales de réunion peuvent être séparées de la grande salle par une porte vitrée à deux battants qui reste habituellement ouverte. La grande salle de réunion est en contiguïté du côté opposé à la véranda avec deux dortoirs (*Wachsaal* et *Schlafsaal*) situés l'un à côté de l'autre; ces dortoirs communiquent entre eux et avec la salle de réunion par une porte vitrée. Le

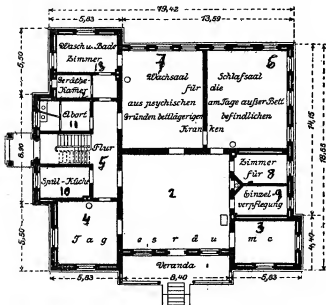


FIG. 1. — Pavillon d'admission et de surveillance continue (1)
(rez-de-chaussée).

dortoir de droite (*Schlafsaal*, n° 6) est destiné aux malades qui se lèvent dans la journée, et se tiennent dans la salle de réunion, ou dans le jardin. Le dortoir de gauche (*Wachsaal*, n° 7) sert aux malades qui gardent le lit en raison de leur état mental. Les malades

F (1) Ce plan et les suivants sont empruntés à l'ouvrage très documenté de M. le D^r Paetz, directeur de l'asile d'Alt-Scherbitz: *Die Kolonisierung der Geisteskranken*. Springer. Berlin, 1893.

couchés dans ce dortoir sont surveillés jour et nuit d'une façon permanente (1).

Dans la partie droite du pavillon, entre la chambre annexée à la grande salle de réunion et le dortoir de droite, se trouvent deux chambres d'isolement (*Zimmer für Einzelverpflegung*, n° 8 et 9). A gauche, une porte donne issue de la grande salle sur le vestibule (*Flur*) conduisant à l'office (*Spülküche*, n° 10), aux cabinets d'aisance (*Abort*, n° 11), au cabinet de débarras (n° 12), au lavabo et à la salle de bains (*Wasch und Badezimmer*, n° 13), où l'on peut aller directement de la *Wachsaal* (salle de surveillance), disposition très commode. Le premier étage ne se compose que du logement du surveillant en chef et du vestiaire, situés au-dessus des pièces sur lesquelles donne accès le corridor.

On pourrait, dans le pavillon d'admission du nouvel asile, affecter le premier étage à l'*infirmerie*. Le quartier d'infirmerie des alcoolisés n'aura pas, en effet, l'importance qu'il possède dans les asiles d'aliénés proprement dits. M. Magnan considère comme suffisantes deux salles de huit à dix lits chacune, séparées l'une de l'autre par deux chambres d'infirmiers, et un passage avec deux portes; cette disposition, déjà adoptée dans d'autres services, facilite la surveillance.

2° Un second pavillon (*pavillon de surveillance*) devrait être réservé aux alcoolisés indisciplinés, turbulents, dangereux, à ceux qui cherchent à s'évader, à tous ceux, en un mot, qui réclament une surveillance continue. Ce même pavillon recevrait également les malades très agités dont le maintien au pavillon d'admission troublerait le repos des sujets en traitement. Ce *pavillon de surveillance* devra posséder un certain nombre de chambres d'isolement, un atelier et une salle de bains, afin d'éviter d'avoir à en faire sortir les malades. On pourrait s'inspirer, pour son aménagement, des pavillons fermés d'Alt-Scherbitz.

(1) Le traitement des psychoses aiguës par le séjour au lit (*Bettbehandlung*) est presque universellement adopté en Allemagne. Tous les malades nouvellement admis sont, sans exception, maintenus au lit, au moins pendant quelques jours. Ce mode de traitement donne des résultats très favorables.

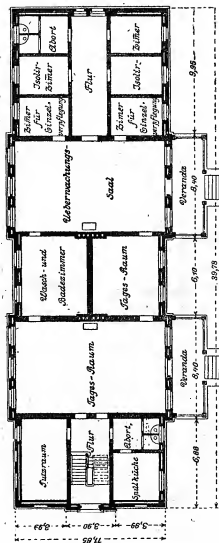


FIG. 2. — Premier pavillon fermé, de surveillance (rez-de-chaussée).

Un de ces pavillons se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Il peut être considéré comme composé de deux sections. La première renferme deux salles de réunion : une grande et une petite (*Tagesraum*), avec les pièces annexes : office (*Spülküche*), salle de nettoyage (*Putzraum*), etc..., plus trois dortoirs au premier étage. Sa population est de quarante et un malades, plus quatre infirmiers. La deuxième section comprend une salle de surveillance (*Überwachungs-Saal*) pour les sujets agités (treize malades et deux infirmiers) qu'on ne peut maintenir dans le pavillon d'ad-

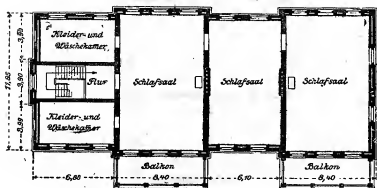


FIG. 3. — Plan du premier étage du pavillon de surveillance.

mission précédemment décrit. La salle de surveillance communique avec un vestibule (*Flur*) sur lequel s'ouvrent à droite deux chambres d'isolement et les cabinets d'aisance. Les deux sections qui composent ce pavillon de surveillance peuvent être réunies ou rendues complètement indépendantes. Le lavabo et la salle de bains (*Wasch und Badezimmer*) leur sont communs.

Voici le plan du premier étage du pavillon de surveillance. Nous reproduisons ci-contre le plan du second pavillon de surveillance d'Alt-Scherbitz : l'examen de ce plan dispense de toute description (1).

(1) Les escaliers desservant le premier étage des pavillons de surveillance doivent être en pierre ou en métal et non en bois (en prévision des incendies).

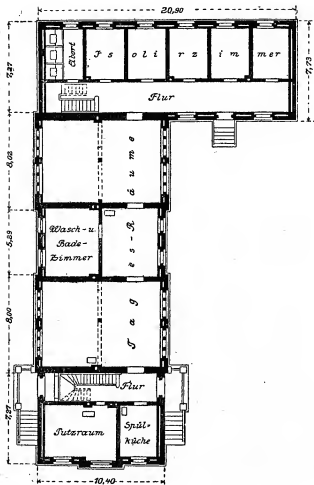


FIG. 4. — Deuxième pavillon fermé, de surveillance
(rez-de-chaussée).

Pavillon pour pensionnaires payants. — Un pensionnat pour le traitement des buveurs et des morphomanes répond à un besoin réel (1). Il mettrait, en effet, « à la portée des petits et moyens contribuables qui ont concouru par l'impôt à la construction de l'asile, des secours dont ils peuvent eux-mêmes avoir besoin ».

Ce pavillon admettrait les pensionnaires payants (alcooliques et morphiniques), les malades, non indigents, capables de payer une partie du prix de pension, enfin les sujets assistés, mais appartenant à un milieu social plus ou moins élevé. Il serait fâcheux, au point de vue même de leur guérison, de laisser ces derniers confondus avec des alcooliques n'ayant ni la même éducation, ni la même instruction.

Pavillons des travailleurs. — Les sept autres pavillons pourraient être construits à peu près sur le même type, tout en évitant l'uniformité. Chacun d'eux comprendrait : au rez-de-chaussée, une salle de réunion, un réfectoire, un office ; au premier étage, quatre dortoirs de douze lits, plus trois ou quatre chambres de un à trois lits, et un logement pour le surveillant. Dans le jardin qui les entourera seront installés des jeux de boule, de tonneau, des appareils de gymnastique, etc.

On pourrait, pour l'aménagement des pavillons des travailleurs, s'inspirer également des villas d'Alt-Scherbitz. Celles-ci sont réservées aux aliénés dont l'état ne nécessite pas une surveillance étroite : portes et fenêtres peuvent être ouvertes par les malades. Ces villas sont toutes bâties sur un plan différent, afin d'éviter l'uniformité et la symétrie. Nous donnons le plan de deux de ces pavillons composés d'un étage sur rez-de-chaussée.

Le premier (villa D), en forme de rectangle (trente-deux malades, deux infirmiers) comprend, au rez-de-chaussée, une véranda, trois salles de réunion d'inégale

(1) Le pensionnat de Siloah, fondé par le pasteur Hirsch, à Lintorf (Prusse Rhénane), a traité de 1879 à 1891 : 130 industriels, 52 agriculteurs, 26 juristes, 15 officiers, 13 théologiens, 10 médecins, 9 philologues, 6 pharmaciens, 6 architectes, 13 brasseurs et cafetiers, 20 rentiers et 25 personnes de diverses professions. Le prix de pension est par mois de 150 francs pour la deuxième classe, de 187 francs pour la première.

grandeur, communiquant entre elles, une salle de bains, un lavabo, une chambre de débarras, une chambre pour

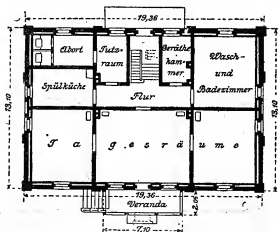


FIG. 5. — Villa D (rez-de-chaussée).

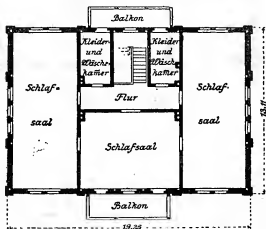


FIG. 6. — Villa D (premier étage).

nettoyage des souliers, les cabinets d'aisances, l'office. Dans les chambres de réunion se trouve une rangée de petites armoires ; chaque malade a la sienne. Toutes ces

pièces ouvrent sur un vestibule (*Flur*), situé au centre de la villa. Au premier étage, trois dortoirs, deux chambres servant de vestiaire, deux balcons.

Un second pavillon (villa E) (quarante-deux malades, quatre infirmiers), affecte une forme presque carrée. Au

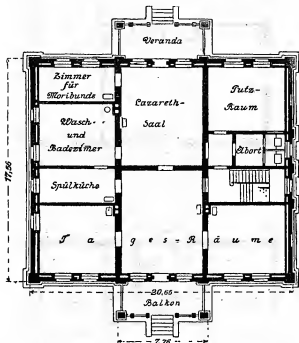


FIG. 7. — Villa E (rez-de-chaussée).

rez-de-chaussée, une véranda, trois salles de réunion d'inégale grandeur, un office, un dortoir pour infirmes (*Lazarethsaal*) ; une chambre de nettoyage à droite ; une salle de bains et lavabo à gauche. Au premier étage, trois dortoirs, un vestiaire, une chambre de débarras, un balcon (1).

(1) Tous les auteurs qui ont étudié la question sont arrivés à une conception analogue de la constitution matérielle de la colonie d'alcooliques. M. Magnan a proposé pour les convalescents, à

Pavillons des médecins. — Des pavillons particuliers, à entrée principale en dehors de l'établissement, analogues à ceux des médecins en chef de Villejuif, devraient être construits pour les chefs de service du cinquième asile. Ils devront être entourés d'un jardin.

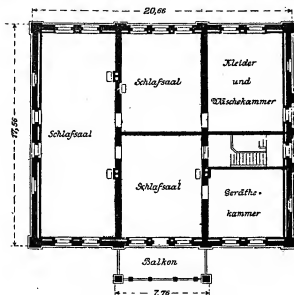


FIG. 8. — Villa E (premier étage).

Salle des fêtes. — *Logement des assistants, cabinets des médecins, bureaux, etc.* — Un même bâtiment pourrait comprendre les cabinets des médecins, les salles d'attente pour les familles, les bureaux de la direction et de l'économet, la bibliothèque, le logement des assis-

qui il faut laisser chaque jour une liberté plus grande jusqu'à la sortie définitive de l'asile, d'aménager, sous forme de *villas*, trois ou quatre pavillons de cinquante places. Ces pavillons laissés sans murs, seraient entourés « de bouquets d'arbres, de manière à en rendre le séjour plus gai et plus attrayant que les quartiers monotones de nos asiles ordinaires ». M. Legrain a exposé (*Tribune méd.*, janvier 1895) un plan d'asile d'alcooliques inspiré par des préoccupations analogues à celles qui nous ont guidé. Il en est de même des projets de M. Puteaux et de M. Marandon de Montyel.

tants (deux chambres avec un cabinet de toilette), le parloir, aménagé de façon à pouvoir facilement être transformé en salle de spectacle.

Pour les maladies contagieuses, il serait nécessaire d'avoir, comme à Bicêtre, comme dans divers asiles étrangers (Vienne, Berlin), un *pavillon d'isolement*, qui servirait à la fois aux divisions des hommes et des femmes. Ce lazaret devra posséder une salle mortuaire spéciale, comme cela existe à la colonie de Bielefeld (Westphalie). Une étuve à désinfection y sera annexée.

Ateliers. — Les ateliers peuvent être réunis dans un même corps de bâtiment. Ils ne seront pas relégués à l'extrémité du domaine, mais, au contraire, placés en un point central, afin de faciliter la surveillance. Ces ateliers : *menuiserie, serrurerie, cordonnerie, typographie, peinture, vitrerie, reliure, sparterie, cannage de chaises, broserie, charonnage, atelier de tailleurs*, devront être suffisamment vastes, et installés dans d'excellentes conditions hygiéniques. Notons encore les bâtiments nécessaires à l'*exploitation agricole* : remises, écurie, porcherie, vacherie, basse-cour.

Service balnéo-hydrothérapique. — Il sera nécessaire d'installer, en outre des baignoires situées dans les pavillons d'admission et de surveillance, un service balnéo-hydrothérapique, réservé à la division des hommes, et que l'on placera dans un bâtiment spécial, composé uniquement d'un rez-de-chaussée. Les baignoires, au nombre de dix ou vingt, seront séparées par des écrans fixes ou par des rideaux glissant sur des tringles. Les robinets devront être à pression (1). Trois cabines avec baignoires seront réservées au personnel. La *salle d'hydrothérapie* renfermera les appareils suivants : douche en pluie, douche en cercle, douche en jet. Une piscine suffisamment vaste (10 mètres sur 8) et une étuve à air chaud (bains turcs) seraient utiles.

La *cuisine* devra être installée dans un bâtiment à rez-de-chaussée, situé à une distance assez considérable des quartiers de malades. Sa superficie sera d'au moins

(1) Une installation spéciale pour éviter les accidents dus à l'introduction d'eau bouillante dans la baignoire, ne sera indispensable que dans les pavillons d'admission et de surveillance.

240 mètres (Bourneville), sans compter les services annexes (laverie, etc.).

L'*amphithéâtre*, le *laboratoire*, la *salle d'autopsie* serviront à l'asile des femmes et à l'asile d'alcooliques. La *salle des morts* devra posséder quatorze tables. Les corps devront pouvoir être descendus, à l'aide d'un monte-charge, dans un caveau où, en été, ils se conserveront à l'abri de la putréfaction jusqu'au moment de l'autopsie et de la mise en bière. La *salle d'autopsie* aura trois tables; le *laboratoire*, une grande salle commune et trois cabinets pour les chefs de service.

Logement des sous-employés. — Il est nécessaire que les surveillants des pavillons y aient leur logement. Les arguments que l'on fait valoir pour donner, dans les asiles d'aliénés, des habitations distinctes au personnel de surveillance, ne sont pas de mise dans l'établissement d'alcooliques. Bien des raisons, au contraire, nécessitent la présence constante du surveillant de chaque pavillon au milieu de ses malades. Il serait même bon qu'il prit ses repas avec eux. Les chefs d'ateliers pourront être logés au dehors, à moins que certains d'entre eux ne cumulent les fonctions de chef d'atelier et de surveillant de pavillon. Il est donc inutile de prévoir des bâtiments spéciaux pour le personnel secondaire de l'asile d'alcooliques.

L'eau destinée à la consommation sera prise dans la Marne (1). Il est à désirer qu'elle soit stérilisée à l'aide du filtre Chamberland, comme cela est pratiqué dans toutes les casernes et dans certains établissements pénitentiaires. Dans les asiles qui en sont dépourvus, nous avons occasion d'observer, de temps à autre, des cas de fièvre typhoïde. Il est regrettable de relever de pareils faits dans des établissements d'assistance dont l'organisation devrait servir de modèle au point de vue de l'hygiène. Une *glacière* devra être installée, qui alimentera aussi l'asile voisin de Ville-Evrard.

Le *service d'incendie* est remarquablement organisé dans la plupart des asiles étrangers : partout des postes

(1) M. Magnan propose d'étudier le projet de forage d'un puits jusqu'à la nappe des sables du Soissonnais qui fournirait une excellente eau potable.

d'incendie, très apparents, et renfermant une lance et un tuyau en toile, permettent de fournir les premiers secours. Dans chaque pavillon et à chaque étage devront être installés des appareils de ce genre.

Le chauffage à la vapeur, à l'aide d'une usine centrale, est préférable à l'emploi de calorifères à air chaud. Ce mode de chauffage supprime, avec le grand nombre des foyers, les dangers d'incendie qui en résultent, et obvie aux inconvénients, considérables pour un asile d'alcooliques, de l'accès dans chaque quartier d'un personnel de chauffeurs.

Nous en avons fini avec la constitution matérielle de l'établissement d'alcooliques. Nous voudrions maintenant, d'une façon très succincte, émettre quelques vœux concernant l'asile des femmes aliénées. Nous les énoncerons sous forme de propositions que nous nous réservons de développer dans un travail ultérieur :

Le plan sommaire de la constitution matérielle de l'asile d'alcooliques exposé ci-dessus, peut servir pour l'asile des femmes qu'il s'agisse d'aliénées ou d'hystériques et d'épileptiques. *Il n'y aurait pas d'autres modifications à y introduire que d'augmenter le nombre proportionnel des pavillons de surveillance* (1).

L'asile des femmes devra donc être un asile-colonie, construit suivant le système de l'open-door. Il sera constitué par des pavillons complètement isolés renfermant chacun une cinquantaine de malades, soit quatorze pavillons pour les 700 femmes. Ces pavillons devront être disposés en ordre dispersé. On évitera avec soin la symétrie et l'uniformité dans leur disposition par rapport les uns aux autres, dans leur apparence extérieure, dans leur aménagement intérieur. Il n'y aura pas de galeries couvertes reliant les pavillons.

(1) Nos asiles actuels, que seuls ceux qui ignorent les progrès considérables réalisés à l'étranger, persistent à considérer comme des établissements modèles, méritent les critiques acerbes que leur adresse M. Marandon de Montyel. « *Tels qu'ils sont organisés, dit M. de Montyel, ils nuisent plus qu'ils ne profitent au retour de la raison* », et l'auteur termine son article très humoristique en s'écriant : « Mort aux asiles-casernes et vivent les villas-quartiers groupées en village ouvert d'aliénés. » (*Tribune méd.*, 27 septembre 1894.)

Chaque pavillon sera entouré d'un jardin qui ne devra pas être clos par un mur, mais par une grille ou une palissade de faible hauteur. Il n'y aura pas de saut-de-loup. Un pavillon d'admission et de surveillance servira à l'observation des entrantes, des mélancoliques à idées de suicide, etc. Il n'aura pas plus de quarante places. Ce pavillon, qui répondra aux desiderata formulés par les législateurs réclamant *un quartier d'observation*, sera constitué uniquement par un rez-de-chaussée et aménagé de façon à permettre le traitement par le repos au lit. La suppression du premier étage empêchera les suicides par précipitation des fenêtres, par pendaison en se suspendant aux supports des rampes d'escalier, etc.

Des pavillons de surveillance avec chambres d'isolement seront affectés aux malades dangereuses, agitées.

Le pavillon d'infirmerie sera réservé uniquement aux maladies incidentes (non contagieuses), et aux aliénées paralysées, affaiblies, etc. Il devra posséder une chambre d'opération installée conformément aux exigences de la chirurgie contemporaine (rien n'existe actuellement dans nos asiles à ce point de vue).

Dans les salles des gâteuses, on remplacera le parquet en bois qui, chaque jour souillé par les matières fécales, est d'un nettoyage difficile, par de la mosaïque ou un carrelage en grès de cérame.

Les pavillons d'admission, de surveillance, d'infirmerie, de gâteuses devront posséder chacun un certain nombre de baignoires.

La moitié, ou le tiers au moins des malades, devront être traités dans des pavillons où celles-ci pourront jouir d'une certaine liberté (système des portes ouvertes); on éliminera de ces villas libres toutes les dispositions spéciales aux aliénés. Celles-ci ne seront admises, dans une mesure d'ailleurs restreinte, que dans les pavillons de surveillance.

La vigilance du personnel doit remplacer les aménagements particuliers et l'antique arsenal des asiles (sauts-de-loup, murs, portes et fenêtres hermétiquement closes, camisoles de force, entraves, bride-corps, etc.). C'est moins à l'architecte qu'au médecin qu'incombe le soin de prévenir les suicides, les évasions; c'est une

œuvre toute médicale de diagnostic, de surveillance, de traitement.

Les grands dortoirs de nos asiles ne sont pas à imiter, la promiscuité des malades a une foule d'inconvénients. On aménagera des dortoirs de douze à quatorze lits et de nombreuses chambres à deux ou trois lits. Les escaliers desservant les dortoirs, au moins ceux des pavillons de surveillance, devront être en fonte ou en pierre.

Personnel médical. — Tous les détails de constitution matérielle dans lesquels nous sommes entrés ont leur importance ; ils sont cependant secondaires à côté de la question qui prime tout : nous voulons parler de *l'organisation du service médical*. A ce point de vue, des réformes s'imposent, urgentes. Vaines seront toutes les revisions de la législation, vaines aussi toutes les améliorations matérielles dans l'aménagement de nos asiles, si le traitement des aliénés est rendu impossible par suite du nombre insuffisant des médecins chefs de service. Réaliser les conditions qu'exige le traitement de la folie, en diminuant le nombre, actuellement énorme, des malades confiés à un seul médecin, c'est là la réforme capitale à introduire dans l'assistance des aliénés, c'est là la seule solution conforme aux exigences modernes de l'humanité et de la science, exigences souvent proclamées, trop rarement satisfaites. Nous examinerons la question de l'organisation du service médical d'abord pour l'asile des femmes aliénées, ensuite pour l'asile d'alcooliques hommes.

Il faut espérer que, dans le nouvel asile, on ne confiera pas à un seul médecin le service des femmes qui seront au nombre de *sept cents*. Faut-il rappeler qu'Esquirol ne voulait pas que la population d'un service de traitement dépassât 150 à 200 aliénés ; que Marcé affirmait qu'en supposant le médecin doué de toute la jeunesse, la force, la santé, le zèle imaginables, il ne pouvait ni visiter, ni traiter 500 malades, qu'il n'avait pas même le temps de les connaître ? Créer un service unique de 700 femmes, c'est aller au-devant des « inconvénients inséparables des grands établissements dans lesquels les malades, *entassés et sans direction intellectuelle*

et morale deviennent incurables, la plupart du temps, par la seule raison qu'on ne les traite pas (Marcé) ». Ce n'est pas seulement méconnaître les conditions indispensables pour le traitement des aliénés, inévitablement compromis dans des services trop considérables, c'est rendre impossible toute recherche scientifique. Il n'est que temps de renoncer à des errements funestes qui lèsent les intérêts les plus sérieux et que l'étranger, engagé dans la voie du progrès, s'étonnerait de voir se perpétuer dans le pays de Pinel.

Sans doute, le chef de ce service de sept cents aliénées serait assisté d'un médecin adjoint ; mais c'est là — aucun aliéniste ne nous contredira — une aide absolument illusoire, tant que cet adjoint n'aura pas un certain nombre de malades à traiter. Cette dernière mesure a produit d'excellents résultats à l'étranger ; elle a d'ailleurs été mise en pratique par l'Administration préfectorale de la Seine, qui a donné à des médecins adjoints la direction médicale et administrative de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, le service médical de la colonie de Vancluse et de la clinique des maladies mentales. Il est à désirer que cette heureuse innovation soit généralisée. En confiant à ces médecins diverses catégories de malades (déments séniles, épileptiques, alcooliques, idiots, incurables, etc.), il sera aisé de leur constituer un service dont ils auront la responsabilité ; on allégera ainsi, d'une façon efficace, la tâche trop lourde du médecin en chef. Il suffira d'un trait de plume pour faire, des adjoints, que l'organisation actuelle laisse trop souvent inutilisés, les collaborateurs vraiment actifs des médecins en chef, et pour atténuer, sans grever le budget, les conséquences déplorables de l'encombrement de nos grands services. C'est par cette augmentation du nombre des *médecins traitants*, ou plus exactement, par une utilisation mieux comprise du personnel médical actuellement existant dans nos asiles, qu'un grand nombre d'établissements d'aliénés cesseront d'être des « renfermeries de fous », des « maisons de détention », pour devenir les « instruments de guérison » qu'Esquirol réclamait au début de ce siècle, et qu'il nous faut encore réclamer aujourd'hui.

Concluons qu'il est indispensable que l'asile des

femmes aliénées comprennent au moins deux services. Quant à la question de savoir si ces deux services de trois cent cinquante malades auront chacun à leur tête un médecin en chef, ou si l'un d'eux sera dirigé par un médecin adjoint, faisant fonctions de chef de service, la chose ne nous paraît pas avoir d'importance.

Pour l'asile d'alcooliques proprement dit, MM. Magnan et Legrain considèrent l'unité de direction comme une condition vitale : c'est donc un directeur-médecin qui devrait être placé à la tête de l'établissement. « Le médecin-directeur, dit M. Magnan, et deux médecins adjoints *à qui il confierait la surveillance et le traitement de quelques quartiers de malades*, suffiraient peut-être à la lourde tâche de traiter et de moraliser cinq cents hommes et deux cents femmes alcoolisés. » Pour M. Legrain, « plusieurs médecins adjoints, *jouissant d'une autorité médicale absolue*, seconderaient le médecin directeur ».

Il est à désirer que la question des attributions des médecins adjoints soit réglée d'une façon précise, dans le sens le plus libéral : les fonctions de ces médecins doivent, pour les raisons précédemment indiquées, être identiques à celles des médecins en chef de nos asiles. Au cas où la réunion des fonctions médico-administratives entre les mains d'un directeur-médecin ne serait pas adoptée, nous pensons qu'un seul médecin en chef, assisté, non d'internes, mais d'assistants docteurs, au nombre de deux, suffirait pour les cinq cents alcooliques hommes. Pour les deux cents femmes alcooliques, des dispositions réglementaires spéciales devront être prises afin de pouvoir confier à un médecin adjoint la direction médicale et la responsabilité de ce service.

Etant donnée la proximité du nouvel établissement et de l'asile de Ville-Evrard, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de prévoir un emploi de pharmacien en chef. Nous ne voyons pas davantage l'utilité d'un interne en pharmacie dans un service d'alcooliques pour lesquels le traitement médicamenteux ne sera que secondaire ; l'interne en pharmacie du service des femmes pourrait facilement s'acquitter de l'exécution des prescriptions pharmaceutiques peu nombreuses de la division des alcooliques.

Quant au *personnel de surveillance*, on ne saurait trop insister sur la nécessité de le recruter avec le plus grand soin. Il est capital qu'il soit consciencieux et zélé : les résultats que l'on cherche à obtenir dépendront en grande partie des qualités des surveillants et des infirmiers ; ceux-ci, par leur contact incessant avec des sujets lucides, seront en effet de véritables collaborateurs du chef de service. Le recrutement des surveillants en chef de chaque pavillon sera plus particulièrement délicat : pour être à la hauteur de leur mission, ces surveillants devront s'intéresser à l'œuvre qui leur est confiée, être convaincus de la nécessité de l'abstinence, afin de pouvoir convaincre les buveurs. Il est à désirer que l'on rencontre des hommes ayant quelque éducation et une certaine instruction, qui puissent prendre de l'autorité sur leurs malades. Un peu d'esprit de prosélytisme ne serait pas non plus inutile. Surtout qu'aucune voix railleuse, sceptique ou indifférente, ne vienne jeter le découragement. Le dissident le plus infime, dit M. Magnan, peut paralyser tous les efforts et entraver des guérisons. M. Magnan et M. Puteaux estiment que l'on pourrait recruter des infirmiers et même des employés parmi des alcoolisés devenus abstinents. L'expérience en a été faite avec succès dans divers établissements de buveurs. Ce personnel de surveillance, d'ailleurs moins nombreux que pour des aliénés, devra recevoir une haute paie ainsi qu'une indemnité représentative de la valeur des allocations de vin (1). Les sacrifices pécuniaires que l'on s'imposera de ce côté ne seront pas inutiles, si l'on a affaire à des hommes convaincus et dévoués.

Chaque pavillon de cinquante malades aura un surveillant en chef qui y logera. Dans les pavillons de surveillance, cinq ou six infirmiers seront nécessaires ; dans ceux qui renfermeront des sujets valides et lucides, deux suffiront.

Personnel technique. — L'importance considérable du travail dans l'asile nécessitera de nombreux chefs

(1) L'administrateur surveillant d'Ellikon a 2,000 francs d'appointements ; il est de plus logé, nourri, chauffé et éclairé ainsi que sa famille.

d'ateliers. Ces derniers, en outre des capacités professionnelles nécessaires pour diriger un atelier important, devront présenter des garanties spéciales que rendent indispensables les rapports quotidiens qu'ils auront avec les malades. En leur qualité d'auxiliaires actifs de l'œuvre commune imposée aux fonctionnaires et employés de tout ordre de l'asile, ils dépendront dans une certaine mesure du service médical. Le but même de l'établissement, à savoir le traitement de l'intempérance, exige une collaboration dévouée de tous, une unité de vues et de principes sans lesquelles la réforme des buveurs ne sera qu'un leurre. Peut-être, par mesure d'économie, et parce que la plupart des pavillons seront vides durant le jour, y aurait-il lieu de confier la surveillance des pavillons de travailleurs à certains chefs d'ateliers.

Traitement des alcoolisés (1). — Le traitement rationnel des alcoolisés consiste avant tout dans la suppression des boissons alcooliques.

Le buveur doit prendre l'habitude de *l'abstinence totale de toute boisson contenant de l'alcool même en faible proportion*. On avait longtemps cru pouvoir guérir les buveurs et prévenir les rechutes par la « modération » dans l'usage des boissons alcooliques. C'était une conception fautive. Conseillera-t-on à un morphinique de faire un usage « modéré » de la morphine ? Il n'est pas plus logique de recommander la « tempérance » à un malade dont l'affection mentale est précisément caractérisée par l'incapacité de se modérer, et dont une dose minime d'alcool suffit à paralyser la volonté. Un grand progrès a été fait quand, rejetant définitivement la chimère de la modération, on a imposé aux buveurs l'abstinence totale, non pas seulement comme méthode passagère de traitement, mais comme régime devant être observé pour toute l'existence. L'abstinence totale et durable de toute boisson alcoolique (y compris vin, bière et cidre) est la clef de voûte du traitement des buveurs ; sans elle tout s'écroule, et l'on n'a fait que

(1) P. Sérioux. Le traitement des buveurs et la prophylaxie de l'alcoolisme (*Rev. intern. de thérapeutique et de pharmacologie*, 15 mars 1895).

préparer des récidivistes. Le malade doit être soumis à l'abstinence le jour même de son entrée : cette suppression brusque des boissons alcooliques est d'ailleurs sans inconvénients ; le buveur supporte assez facilement l'état de besoin qu'elle provoque.

Il lui est plus facile que partout ailleurs de maîtriser son appétit impulsif pour l'alcool dans cette sorte de retraite où il lui faut mener une vie réglée, dans les meilleures conditions d'hygiène, à l'abri des excitations du dehors, des fatigues professionnelles, du surmenage. Habituellement l'appétit revient de trois à six jours après l'entrée ; le besoin de boissons alcooliques disparaît en huit à quinze jours ; les forces renaissent de semaine en semaine ; le poids du corps augmente.

Régime alimentaire. — L'eau doit être la seule boisson permise aux repas. En dehors des repas, on donnera des tisanes amères (houblon, gentiane, quassia amara), du bouillon, des orangeades, des citronnades, du thé, du café, du maté. Ces dernières boissons aromatiques devront surtout être prescrites au début de l'internement, pour remplacer le stimulant alcoolique. Le régime alimentaire sera varié, léger et reconstituant : lait, œufs, bouillon, viande, légumes, fruits, plats sucrés.

L'abstinence étant la base du traitement des buveurs, l'introduction dans l'intérieur de l'établissement de toute boisson alcoolique, sera rigoureusement interdite, et punie, en cas d'infraction de la part des infirmiers, de la révocation pure et simple. Une prime pourrait être accordée aux infirmiers qui signaleraient l'introduction de boissons enivrantes de la part des malades ou de leurs familles. Afin d'assurer l'observance de la règle commune, on interdira aux alcoolisés de posséder ni argent, ni timbres (1).

La nécessité d'imposer l'abstinence à tout le person-

(1) M. Rouby propose une série de mesures destinées à assurer la prohibition de l'alcool : il n'y aura qu'une seule entrée et un seul concierge ; les fournisseurs feront leurs livraisons dans une vaste salle de dépôt, sans avoir besoin de traverser tout l'asile et sans pouvoir ainsi entrer en contact avec les malades. Une clause spéciale spécifiera que les fournisseurs seront frappés d'une amende au cas où leurs employés introduiraient une boisson alcoolique.

nel de l'asile spécial, est aujourd'hui communément admise : médecins, assistants, surveillants, infirmiers, chefs d'ateliers doivent servir d'exemple aux malades. Le buveur et sa famille, victimes des préjugés qui ont cours sur la nécessité de l'usage des boissons spiritueuses, comprennent leur erreur en voyant ceux qui les soignent prêcher d'exemple et accomplir toutes leurs obligations professionnelles sans recourir aux excitants alcooliques. L'habitude de se livrer à des excès de boissons est contagieuse, et nombre de nos alcoolisés sont des victimes de cette contagion psychique. L'expérience nous apprend que l'abstinence, elle aussi, peut être contagieuse, et qu'il est utile, pour lutter contre l'épidémie d'intoxication alcoolique, de lui emprunter les moyens dont elle se sert pour se propager.

Le travail, dont tant de buveurs ont perdu l'habitude, est, après l'abstinence, le facteur le plus important de la régénération physique et mentale des sujets intoxiqués par l'alcool. Aussi les malades doivent-ils y être soumis d'une façon obligatoire, alors même qu'ils n'ont jamais été habitués au travail physique (Forel). Les travaux en plein air, ceux qui exigent le plus d'activité musculaire (*travaux agricoles*, culture maraîchère, jardinage, entretien des chemins, terrassement, chantiers), sont les plus favorables. Tous les alcoolisés devraient y être soumis, au moins pendant un certain temps ; plus tard ils seraient occupés, suivant leurs aptitudes, à des travaux industriels variés. Un pécule assez élevé leur serait accordé qui leur serait remis à la sortie (1). M. Legrain est d'avis de faire travailler les buveurs pour un entrepreneur ; ils gagneraient ainsi des journées raisonnables. Une part du gain serait légitimement retenue par l'asile pour l'amortissement des dépenses.

Le traitement psychique doit parfaire l'action du traitement hygiénique. Le buveur ne doit pas être seulement « privé » d'alcool ; il doit être aussi « converti » à l'abstinence. On lui a démontré par sa propre expérience l'inutilité et le danger de l'usage, même modéré,

(1) On pourrait également le verser par semaine ou quinzaine à leur famille.

de l'alcool ; on lui a présenté l'abstinence totale comme une sauvegarde indispensable. Il faut encore entreprendre l'œuvre de régénération morale nécessitée par la dégradation plus ou moins accentuée que produit l'empoisonnement par l'alcool. C'est là le troisième élément de ce que l'on pourrait appeler la triade thérapeutique de l'alcoolisme, à savoir : *abstinence, travail, réforme morale*. Cette œuvre de relèvement des buveurs nécessite un traitement individuel, une étude approfondie de l'état mental de chaque sujet, des causes physiques et morales des habitudes d'intempérance, etc.

On met à profit les heures de loisir pour montrer au malade par des conférences, par des causeries familiales, par la lecture de brochures de propagande antialcoolique, les périls auxquels il s'expose, lui et sa descendance. On cherche à réveiller les sentiments affectifs, le respect de soi-même étouffés par la narcose alcoolique. Les distractions, les jeux, les promenades ne seront pas négligés. Ajoutons que les buveurs seront classés de façon à ce que les nouveaux arrivants, une fois les accidents aigus dissipés, soient mêlés aux buveurs convalescents, déjà habitués à l'abstinence, qui pourront les encourager. La vue des malades guéris, le contact journalier avec le personnel abstinents, contribueront à raffermir les bonnes résolutions.

L'hydrothérapie est indiquée chez la plupart des buveurs d'habitude, par suite de la stimulation qu'elle imprime aux fonctions digestives, assimilatrices et nerveuses, de la sensation de bien-être et de force qu'elle détermine (douches froides en éventail, immersion dans une piscine froide, bains tièdes) (1).

(1) On a prétendu que les résultats obtenus à l'étranger étaient dus surtout au milieu religieux (prières, prêches, etc...) et que l'abstinence y était pour peu de chose. On a cru devoir en conclure que l'influence religieuse n'étant pas de celles sur lesquelles on peut compter à Paris, l'asile de la Seine, reposant uniquement sur l'abstinence, était destiné à échouer. Cette affirmation nous semble doublement erronée. Si certains asiles étrangers, dirigés par des pasteurs, accordent à « la parole de Dieu », aux exhortations religieuses, aux lectures pieuses, une place importante dans le traitement des buveurs, il en est d'autres, par exemple l'asile d'Ellikon, qui n'ont point ce caractère piétiste. De plus, l'idée de traiter les alcoolisés comme on traite les autres malades, sans in-

Durée de l'internement. — La durée de l'internement des alcooliques curables doit être de six mois au minimum, et ne pas dépasser, en règle générale, dix-huit mois. Le minimum de séjour de six mois ne sera pas toujours facile à obtenir ; on aura souvent lieu de se féliciter quand le malade pourra être retenu quatre mois (minimum de l'engagement des buveurs à Ellikon). Au-dessous de ce laps de temps, les résultats du traitement deviennent aléatoires. Et cependant, combien d'alcoolisés se refuseront à accomplir ce séjour minimum ! Combien, après quelques semaines de traitement, s'imaginant être guéris, exigeront leur sortie, alors qu'en réalité ils ne seront pas accoutumés à l'abstinence, et n'auront pas, dans leur for intérieur, renoncé à tout jamais à l'usage des boissons alcooliques ! Si l'alcoolisé, trop confiant en lui-même, ou impatient d'être libre, réclame, avant l'heure, sa mise en liberté, on ne pourra légalement la lui refuser, et une prompte rechute sera presque inévitable.

M. Rouby pense qu'au cas où une requête serait adressée par un alcoolique au président du tribunal de l'arrondissement, les magistrats comprendront la loi de 1838 d'une façon élevée, regarderont l'esprit du texte plutôt que la lettre : « Interrompre le traitement, rendre ces alcoolisés à la liberté et aussi à leur impulsion malsaine, c'est, dit M. Rouby, commettre envers eux un véritable crime ; des magistrats intelligents ne peuvent s'en rendre coupables. » Nous ne partageons nullement la confiance de M. Rouby.

Sans doute, dans certains cas, il pourra être utile, comme le veut M. Forel, de faire signer au malade,

intervention de pratiques religieuses, n'est nullement chimérique. Sans doute, la foi, pour les âmes croyantes, est un puissant levier ; mais est-ce à dire qu'en son absence, tout espoir de guérir le buveur s'évanouisse ? D'autres moyens existent qui ne doivent pas être négligés. Par des publications populaires, par des gravures, par des conférences, on fera toucher du doigt au buveur les dangers de l'empoisonnement par l'alcool (mort précoce par lésions du cerveau, de l'estomac, du foie, des reins, idiotie, épilepsie, folie chez les descendants). On lui montrera que pour éviter tous ces maux l'abstinence totale est le seul remède, qu'elle est facile à pratiquer, qu'elle est une source d'économie considérable, etc.

aussitôt les accidents alcooliques aigus dissipés, un engagement de séjour dont la durée variera suivant le degré de l'intoxication, l'état mental du sujet, sa situation de famille, etc. Mais ce sera là une mesure sans sanction.

Si le médecin n'avait à tenir compte que du buveur lui-même, les difficultés seraient moins grandes. Mais il lui faut s'inquiéter de la famille de l'alcoolisé, que l'internement prolongé de son chef prive parfois de toutes ressources. Dans ces cas, le malade pourrait être autorisé à disposer de son pécule en faveur de sa famille; celle-ci devrait même recevoir, durant la cure, des secours des bureaux de bienfaisance, ou des sociétés d'abstinence et de patronage (1).

L'établissement spécial n'est qu'un facteur isolé dans l'ensemble complexe des mesures que nécessite la guérison des buveurs : des institutions accessoires doivent parachever l'œuvre commencée par le traitement à l'asile. C'est en effet peine perdue que d'avoir soustrait pendant quelques mois l'alcoolisé à la vie commune, que de l'avoir soumis au régime de l'eau, s'il est ensuite purement et simplement rendu à ses occupations habituelles. Une fois la sortie décidée, il importe qu'il ne soit pas abandonné à lui-même, sans ressources, sans appui moral dans un milieu social où sévit l'intoxication alcoolique. Un buveur sans travail, isolé de tout groupe d'abstinents, est presque fatalement voué à une rechute. Aux sujets employés dans la fabrication et dans le débit de boissons alcooliques, un changement de profession s'impose, la pratique de l'abstinence devenant autrement très difficile. Il est indispensable enfin que la famille de l'alcoolisé guéri se soumette également à l'abstinence, si elle ne veut pas voir le buveur se remettre à boire, d'abord avec modération, puis avec excès.

Avant de rendre au pensionnaire guéri sa liberté (2),

(1) La loi du canton de Saint-Gall prévoit dans des cas exceptionnels l'attribution de secours à la famille des buveurs placés d'office.

(2) M. Marandon de Montyel pense qu'il n'est pas prudent de mettre du jour au lendemain en liberté un alcoolisé soumis à l'abstinence, avant d'avoir fait l'épreuve de sa résistance aux occasions de boire. Le danger serait d'autant plus grand que le buveur, sevré de toute boisson enivrante, a perdu son accoutu-

on s'appliquera à lui faire signer l'engagement de s'abstenir totalement de toute boisson contenant de l'alcool, aussi minime qu'en soit la proportion; on cherchera à l'affilier à une *Société d'abstinence*, où il trouvera un appui moral dont l'importance est considérable.

Une *Société de patronage* s'occupera de trouver du travail aux buveurs guéris; on leur évitera ainsi les épreuves qui les attendent à leur sortie des asiles et qui causent souvent tant de rechutes. Cette Société de patronage comptera, à côté de membres honoraires (industriels, commerçants, etc.) versant une cotisation annuelle, des membres actifs qui, payant de leur personne, iront visiter les malades guéris.

On peut souhaiter également, avec M. Magnan, l'adjonction de *sociétés coopératives de consommation*, fournissant à bon marché du café, du thé, des aliments de bonne qualité, etc., et la création de cafés et restaurants de tempérance, ayant pour résultat d'éloigner les anciens buveurs des cabarets où ils s'empoisonnent. Sans ces établissements, il leur serait bien difficile d'échapper à « l'alcoolisation obligatoire » (Forel) qui caractérise notre époque.

Résultats à attendre. — L'asile projeté ne fournira peut-être pas des résultats aussi satisfaisants que ceux de Suisse, d'Allemagne et d'Angleterre. Les différences considérables entre le mode de recrutement dans la Seine et à l'étranger suffiraient, à elles seules, pour modifier la proportion des guérisons. Des sujets placés d'office, pour délire alcoolique, maintenus la plupart contre leur volonté, et parmi lesquels se trouvera une forte proportion de ces déséquilibrés aussi incapables de résister à l'action toxique de l'alcool qu'au besoin impé-

mance à l'alcool, et que l'ingestion d'une dose même faible d'un liquide spiritueux peut provoquer des accès de fureur ou de délire. En envoyant le buveur abstinent travailler, soit aux services généraux, soit à l'asile des femmes (où il lui sera facile de trouver à boire si les malades de cet asile ne sont pas soumises à l'abstinence), on ferait l'épreuve de son degré de résistance. En cas de rechute, le sujet serait soumis à une nouvelle période d'abstinence. M. Kraepelin émet une opinion identique.

Des permissions de quelques heures, des sorties de quelques jours, à titre d'essai, pourraient tenir lieu de transition entre l'asile et la liberté complète.

rienx de boire, de tels malades ne sauraient — la chose est évidente — donner le même pourcentage de guérisons que des buveurs non délirants (ce qui laisse supposer une tare nerveuse moins lourde), et ayant, malgré leur intoxication, conservé encore assez d'énergie pour s'être soumis, volontairement, à un isolement toujours pénible et à un régime des plus sévères. C'est pour ainsi dire « l'élite » des buveurs qui forme la clientèle des établissements étrangers. Pourra-t-on en dire autant des alcooliques qui peupleront l'asile spécial de la Seine? Il est permis d'en douter.

Un groupe d'alcoolisés existe dont le traitement a été jusqu'ici complètement laissé de côté chez nous : ce sont les « buveurs d'habitude » auxquels s'adressent les établissements de l'étranger. L'internement de ces buveurs non délirants, mais incapables, en liberté, de se soustraire à l'intempérance, pourra donner d'excellents résultats; il faut donc faciliter leur admission.

D'autres alcoolisés seront également susceptibles de fournir une forte proportion de guérisons; nous voulons parler des buveurs inconscients, des buveurs par imitation. Nombre d'entre eux ont un niveau moral élevé et sont capables d'un retour sur eux-mêmes; mais encore faut-il qu'ils soient éclairés sur le péril, qu'ils soient soucieux dans leur tentative de réforme.

L'absence d'une solide organisation antialcoolique et de Sociétés d'abstinence puissantes par le nombre de leurs adhérents, le manque d'établissements de tempérance se feront vivement sentir (1).

(1) Il existe en Angleterre 4 millions de tempérants : 60 membres du Parlement sont abstinents et plus de 200 ont accepté le mandat de voter en faveur des mesures de tempérance! Citons encore en Grande-Bretagne, les 3,400 sociétés d'abstinence pour enfants, comptant 2,617,000 adhérents, les 600,000 Non-Templiers des pays anglo-saxons et scandinaves, les 9,000 abstinents de la Suisse.

Il existe, en France, quatre sociétés de tempérance : 1° la *Société contre l'abus des boissons alcooliques* (Société française de tempérance) fondée en 1872; 2° la *Société française de tempérance de la Croix-Bleue* qui comptait en 1893, 1,364 sociétaires dont 388 buveurs guéris, répartis en 21 sections. La société organise, dans les divers quartiers de Paris, 14 conférences par mois. Elle exige de ses membres l'abstinence complète de toute boisson

Il ne faut donc pas se dissimuler que les conditions dans lesquelles fonctionnera l'asile spécial seront loin d'être aussi favorables que dans les pays cités plus haut. Il est indispensable que les corps élus, l'administration et surtout l'initiative privée se mettent à l'œuvre pour combler ces lacunes. Ce serait aller au-devant d'un échec que de se borner à la création d'un établissement de traitement, sans penser aux institutions complémentaires indispensables, qui, seules, peuvent en assurer le succès.

Parmi les facteurs défavorables, il faut compter l'absence de loi spéciale permettant, afin d'empêcher les sorties prématurées, le maintien du buveur durant un laps de temps suffisant (six à dix-huit mois) pour lui faire perdre le besoin d'un stimulant alcoolique et lui faire prendre l'habitude de l'abstinence. Les établissements des Etats-Unis ont été aux prises avec maintes difficultés, pour avoir été créés avant que la condition légale des malades qu'on y destinait eût été réglée (Foville). En Angleterre, on s'est occupé d'étudier la question de droit avant de songer à l'application. De même, l'Assemblée provinciale de la Basse-Autriche, avant de créer un asile spécial, a fait des démarches pour obtenir du Parlement le vote d'une loi autorisant, sur l'avis d'une Commission compétente, l'internement des buveurs invétérés. Des mesures législatives concernant le placement et le maintien des alcoolisés, sont également à l'étude en Ecosse, dans divers cantons de la Suisse (Berne, Zurich), qui veulent suivre l'exemple donné par le canton de Saint-Gall (1), en Allemagne, enfin où les médecins compétents réclament depuis vingt

enivrante. Les deux autres Sociétés sont : 3^e la *Société contre l'usage des boissons spiritueuses*, et 4^e la *Société française contre l'usage de l'alcool*, toutes deux fondées récemment.

Il n'y a, en France, que 8 établissements de consommation pour abstinents. Paris, qui compte 2,700 débits de boisson, ne possède qu'un seul café de tempérance (rue Letellier, à Grenelle). On en compte 7,000 en Angleterre et en Irlande, avec 50,000 employés.

(1) A Ellikon, M. Boshard regrette l'absence d'une loi autorisant l'internement du buveur d'habitude pour une durée de six mois à un an. A Berne, le minimum de séjour réclamé est de un an.

ans une loi spéciale. Ces dispositions législatives, pas plus que les lois prohibitives et répressives ayant pour but de combattre les progrès de l'intoxication alcoolique, n'ont rien de contradictoire avec le respect de la liberté individuelle. Ce sont, en effet, les pays où celle-ci est le plus jalousement respectée, qui ont adopté les mesures restrictives de la liberté des alcoolisés (Etats-Unis, Angleterre, Suisse).

L'opinion publique en France, il faut bien l'avouer, n'est malheureusement pas préparée à accepter de semblables lois. L'internement prolongé des buveurs paraîtra, au grand nombre, arbitraire. Les préjugés sur l'innocuité de l'alcool, sur la nécessité de son emploi, sont loin d'être déracinés, non seulement dans la population ouvrière, mais encore dans les classes dirigeantes. On ignore généralement le péril que font courir à la nation tout entière les rapides progrès de l'intoxication alcoolique; certains les considèrent avec indifférence, d'autres les exploitent.

Les nombreux projets de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sont muets sur l'internement et le maintien des alcooliques. Dans la proposition de M. Joseph Reinach, il n'y est pas fait allusion; l'article 23 rendra même impossible le maintien du malade qui aura demandé lui-même son placement à l'asile (1).

Cependant, au cours de ces dernières années, dans les Congrès et dans les Sociétés savantes, des voix autorisées ont demandé qu'on prît à l'égard des alcoolisés certaines mesures législatives. Rappelons pour mémoire l'*interdiction judiciaire* et la *déchéance des droits de puissance paternelle* réclamées par MM. Théophile Roussel et Jules Bergeron contre les buveurs d'habitude. En 1889, M. Motet proposait que la durée de l'internement des alcoolisés délirants et des buveurs d'habitude fût déterminée par les tribunaux, après enquête médico-légale; que la sortie, même à l'expiration du temps fixé, pût être ajournée, si l'alcoolisé était reconnu

(1) D'après cet article, toute personne entrée volontairement dans un asile d'aliénés et ayant signé elle-même sa demande d'admission, cesse d'y être retenue, dès qu'elle requiert sa sortie, avant même que le médecin ait déclaré sa guérison.

légitimement suspect de rechutes. M. Legrain (1889) réclamait également une loi autorisant le maintien dans un asile spécial des alcooliques invétérés et des délinquants. MM. Magnan et Legrain ont récemment demandé (1894) le maintien des ivrognes dans des asiles spéciaux, jusqu'à disparition de tout danger de rechute, et l'introduction dans la loi sur les aliénés de dispositions spéciales aux buveurs (1). M. Ladame réclame également une loi autorisant une détention de six à vingt quatre mois ; enfin le Congrès de Clermont-Ferrand a émis le vœu que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard « des buveurs qui constituent un danger social ».

Il est à désirer que ces mesures législatives n'interviennent pas seulement *contre* les buveurs dangereux, mais aussi en *faveur* des alcoolisés curables ; qu'elles ne soient pas seulement une *loi de défense*, mais aussi une *loi d'assistance* (2).

Afin de répondre complètement à ces desiderata : protection de la Société contre les alcooliques dangereux, traitement suffisamment prolongé des alcoolisés curables, il faut donc une loi permettant :

1° Le maintien dans un asile spécial des sujets dont un accès de délire alcoolique a nécessité le placement en vertu de la loi sur les aliénés. Ces sujets devront être maintenus, une fois le délire disparu, pendant un laps de temps variable de six à dix-huit mois ;

(1) « En revisant, dit M. Legrain, la loi de 1838, le législateur n'aurait qu'à inscrire un article édictant que la sortie des alcooliques récidivistes ou délinquants ne pourrait être autorisée que par la décision du tribunal établissant, d'après certificats médicaux à l'appui, que les malades sont guéris de leurs tendances à boire. Serait considéré comme alcoolique récidiviste, tout individu « équestre pour la troisième fois pour cause d'accidents alcooliques. » M. Rouby et M. Bourneville proposent également de demander aux pouvoirs publics un article additionnel soit à la loi de 1838, soit à la loi sur l'ivresse, qui permette de conserver les ivrognes en traitement le temps nécessaire à leur guérison.

(2) C'est ce qui a été bien compris dans l'Etat de New-Sud Wales, où l'on a projeté la création de deux asiles : l'un, *asile de traitement*, pour les curables ; l'autre, *asile de détention* pour les alcooliques dangereux. Le pasteur Hirsch (de Lintorf), M. Ladame réclament aussi des asiles distincts pour ces deux catégories d'alcoolisés.

2° L'internement d'office et le maintien, durant six à dix-huit mois, des buveurs d'habitude non délirants; — le maintien, durant les mêmes périodes, des buveurs entrés volontairement ou sur la demande de leur famille;

3° L'internement et la détention non limitée des alcooliques incurables et dangereux.

L'intervention du pouvoir judiciaire, éclairé par une expertise médico-légale, serait utile dans ces différents cas.

Mais ce ne sont là que des vœux; leur réalisation ne paraît pas prochaine. Est-ce à dire que ces regrettables lacunes de la législation doivent faire ajourner la création d'établissements spéciaux? Nous ne le pensons pas. Les asiles d'alcooliques seront évidemment des organismes incomplets, tant qu'ils ne reposeront pas sur des dispositions législatives particulières, mais ils n'en rendront pas moins, tels quels, de grands services. Les asiles d'aliénés seront débarrassés de sujets qui n'y sont pas à leur place; les alcoolisés se trouveront dans des conditions matérielles et morales mieux adaptées aux exigences d'un traitement rationnel (milieu abstinant). Le travail pourra y être mieux organisé; les ateliers, plus nombreux, permettront à chacun d'être employé suivant ses aptitudes. Enfin, les fêtes et les distractions, le nombre restreint de malades par groupements, l'aménagement intérieur de l'établissement, en rendront le séjour plus supportable que celui d'un asile d'aliénés (1).

Les pages qui précèdent sont empruntées au rapport adressé par nous à M. le Préfet de la Seine (octobre 1894). Nous croyons devoir y ajouter quel-

(1) La création d'un établissement de traitement devrait être suivie de tout un ensemble de mesures destinées à combattre efficacement l'alcoolisme. Des lois doivent être votées qui mettent obstacle à l'extension du fléau (réforme de l'impôt sur les boissons; augmentation de l'impôt sur l'alcool et suppression du privilège des bouilleurs de cru; dégrèvement du vin, de la bière, du cidre, du sucre, du café, du thé, du chocolat; rectification des alcools; prohibition de la vente des boissons spiritueuses dans les cantines; élévation du droit des licences des cabarets; limitation du nombre des débits), etc. P. Sérieux et Mathieu. *L'alcool. Les boissons alcooliques; leur composition, leurs effets. La lutte contre l'alcoolisme*. Bibliothèque utile. Alcan, 1895.

ques renseignements sur les résultats du concours ouvert « en vue de la construction d'un établissement mixte composé d'un asile spécial d'alcooliques et d'un asile de femmes aliénées ». L'article 3 du programme du concours spécifiait qu'il n'était pas donné de programme technique, « afin de laisser aux concurrents toute liberté concernant le choix du parti général, l'arrangement et la disposition des quartiers de malades, des services généraux divers, ainsi que des logements des fonctionnaires et employés. »

A vrai dire, l'on eût été quelque peu embarrassé de donner le programme d'un asile d'alcooliques, la question étant alors encore insuffisamment étudiée, et les données sur les établissements de buveurs étrangers peu précises. Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas que les concurrents aient usé de cette liberté qu'on leur laissait : le libre cours donné à leur initiative n'a point, que nous sachions, provoqué des innovations hardies. La plupart des architectes, non seulement ont méconnu les exigences d'un établissement d'alcooliques, mais se sont montrés ignorants des perfectionnements réalisés à l'étranger dans la constitution matérielle des asiles d'aliénés. On aurait d'ailleurs mauvaise grâce à leur en faire un reproche.

Trente-cinq projets furent soumis au jury (1). Presque tous manquaient d'originalité et s'inspiraient, trop fidèlement, hélas !... des asiles actuels de la Seine. L'un d'entre eux, celui de MM. Marcel et Lafon, se rapprochait sensiblement, au moins pour la division des hommes, des vues que nous avions exposées avec détails dans notre rapport.

« MM. Marcel et Lafon, dit M. Magnan (2), ont fait de réels efforts en faveur des alcooliques, en mettant à profit l'expérience acquise à l'étranger pour les maisons de traitement des buveurs d'habitude. En dehors des pavillons spéciaux affectés à l'observation, à la surveil-

(1) Il n'est pas inutile de signaler la composition du jury du concours pour le cinquième asile d'aliénés de la Seine : sur vingt et un membres, il ne comptait qu'un médecin des asiles !

(2) Magnan et Salleron. *Rapport sur les opérations du jury du concours*. (Comm. de surveill. des asiles de la Seine, mars 1895.)

lance, à l'infirmerie, ils adoptent, pour tout le reste, le système des portes ouvertes, c'est-à-dire de la dissémination des villas dans un parc. Malgré le mérite et la nouveauté de cette composition, il a semblé à plusieurs membres du jury que son exécution serait trop dispendieuse, que les bâtiments rectangulaires qui permettent de ne pas perdre d'espace se prêtaient beaucoup mieux que ces villas à forme variable, aux distributions intérieures peu favorables à l'aération, à un bon éclairage, et qu'en pratique, ils étaient préférables pour ces établissements d'assistance. Néanmoins ce projet ingénieux et très méritant restera comme un jalon planté pour l'avenir. »

Ce projet, classé neuvième, a obtenu une prime de 1,000 francs. Son originalité même lui a nuï. M. Magnan expose, en effet, qu'un double courant d'opinion s'était formé parmi les membres du jury. « Les uns, *plus nombreux*, se sont montrés désireux de retrouver dans les projets de cet établissement mixte, l'ensemble des qualités recherchées jusqu'ici dans la construction des asiles d'aliénés, c'est-à-dire, une distribution uniforme, régulière, un groupement méthodique, symétrique des différents quartiers, à proximité des services généraux.....

« Les autres, songeant à l'affectation spéciale de l'asile, préoccupés, avant tout, d'obtenir le meilleur instrument de traitement de l'alcoolisme, se sont sentis attirés par les projets qui montraient un effort vers la réalisation de ce qui, dans les autres pays, a paru donner les meilleurs résultats (1). »

C'est au projet de M. Morin-Goustianx que fut décernée la première prime (15 décembre 1894). « A côté d'une remarquable simplicité, dit M. Magnan, il pour-

(1) M. Legrain, à propos du rejet de ce projet qu'il déclare être le seul inspiré par des données précises sur les asiles d'ivrognes, s'exprime ainsi : « Un jury a été constitué comprenant vingt et un membres, dont un médecin des asiles. Ce jury, malgré la haute valeur de ses membres, a bien montré que sa compétence était fort limitée. D'autres juges, mieux éclairés sur le but à atteindre qu'épris de la ligne architecturale, eussent jugé tout différemment. Tout cela est fort regrettable.. » (Les asiles d'ivrognes. *Tribune médic.*, 1895.)

voit aux besoins de tous les services » ; d'autre part, il a le mérite de se prêter facilement, par la distribution et l'indépendance des pavillons, aux modifications réclamées par les besoins d'une partie du service spécial des alcooliques. « L'orientation des bâtiments est excellente, et leur groupement par deux laisse, entre les pavillons, le vaste espace de deux jardins ; ceux-ci sont à la fois exposés uniformément au midi et à l'abri des vents d'ouest. Une grande salle de réunion, gaie, à vue étendue sur la campagne, limite l'une des extrémités de chaque pavillon. Enfin, les services généraux sont partout d'un accès facile. »

M. Magnan étudie les modifications qu'il serait cependant utile d'introduire au projet de M. Morin-Goustiaux. Nous les résumerons brièvement. — Suppression du pavillon d'infirmerie de l'asile d'alcooliques, qui sera remplacé par deux salles de huit à dix lits chacune dans un des pavillons (pour la section des alcooliques femmes une salle d'infirmerie de dix lits suffit). — Réduction du nombre des cellules (cinq ou six seulement sont nécessaires). — Augmentation du nombre des chambres d'isolement (vingt réparties dans les quatre premiers pavillons ; dix pour la section des femmes alcooliques). — Création de quatre villas « sans murs » pour les alcoolisés convalescents, disposées « au milieu de bouquets d'arbres, de manière à en rendre le séjour plus gai et plus attrayant que les quartiers monotones de nos asiles ordinaires ». — Logement des infirmiers, sous-surveillants et surveillants et même des médecins adjoints dans les pavillons des malades, pour l'asile des femmes, comme pour l'asile d'alcooliques. — Création d'une section de deux cents alcoolisées femmes, réparties en quatre pavillons ; si bien que l'asile d'alcooliques, avec cette division de femmes, formerait un tout complet. — Affectation des cinq cents autres places de l'asile des femmes, à des hystériques et à des épileptiques. — Rapprochement de l'infirmerie et du quartier des cellules de l'asile des femmes aliénées (épileptiques et hystériques). — Eclairage par la lumière électrique ; chauffage par une usine centrale ; forage d'un puits artésien.

M. Puteaux, secrétaire de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, qui a visité les établissements

de buveurs suisses, n'a pas épargné les critiques à l'établissement projeté (1). Il regrette, avec juste raison, dans l'organisation du concours, l'absence d'un programme nettement déterminé, le manque de données précises, le défaut d'indications techniques. « Les architectes qui ont abordé ce concours, dit M. Puteaux, se sont, pour la plupart, assez peu préoccupés des indications que pouvait leur donner la science moderne, se souciant fort peu d'ailleurs des leçons qu'ils auraient pu recueillir à l'étranger sur l'installation d'établissements analogues... Ils ont surtout pris modèle sur les anciens asiles, alignant leurs bâtiments d'une façon parallèle et symétrique, suivant l'usage antique et solennel (2)... Un village ouvert, composé de petits pavillons d'un aspect varié, et d'une ornementation architecturale très simple, mais réjouissante à l'œil, telle était pour nous la meilleure conception d'un asile de buveurs... » M. Puteaux ajoute que c'est l'idée contraire qui a prévalu et que « le triomphe a été principalement assuré aux idées déjà consacrées, c'est-à-dire à la reproduction plus ou moins servile du type connu : l'asile-caserne avec sa population agglomérée, ses grands murs tristes qui rappellent la prison, mal dissimulés par des sauts-de-loup... »

D'accord avec M. Magnan, qui reconnaît le système des villas comme le meilleur pour le traitement des buveurs, et qui n'en propose l'application partielle que par raison d'économie, M. Puteaux insiste pour qu'on en revienne à l'exécution intégrale de ce système. Les modestes villas composant le petit village d'alcooliques réclamé par M. Magnan, M. Puteaux, M. Legrain, M. Marandon de Montyel, et par nous-même doivent

(1) *Procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles de la Seine* (5 mars 1895).

(2) M. Forel avait prédit en ces termes les résultats du concours : « Sans plan déterminé, si vous n'avez pas donné d'indications spéciales à vos architectes, ils ne s'inquiéteront pas des convenances particulières, puisqu'ils ne les connaîtront pas ; ils ne s'inspireront pas non plus des besoins des services, mais donnant carrière à leur propre imagination, ils traceront un axe pour la symétrie, feront des plans admirables, d'une régularité parfaite, avec de grandes lignes, le tout d'un aspect monumental, se préoccupant avant tout de l'alignement des façades et du parallélisme des bâtiments. »

« être établies avec la plus grande simplicité et construites, autant que possible, à peu de frais avec les matériaux du pays, tel qu'il convient à des habitations rurales. On réaliserait une sérieuse économie sur les édifices dispendieux, élevés en pierre de taille, auxquels nous ont habitués les architectes de la Ville et du Département ».

Dans ces conditions, ajoute M. Puteaux, ne conviendrait-il pas « de prendre franchement le parti d'engager l'architecte qui sera chargé de l'exécution, non plus de faire des raccords à son ancien projet, mais *d'en établir un second entièrement neuf* », en s'inspirant des améliorations réalisées à l'étranger, et des projets exposés par M. Magnan, par M. Bourneville et par nous-même ?

M. Bourneville, dans la même séance, a critiqué le projet de consacrer le cinquième asile de la Seine aux alcooliques (hommes et femmes) et aux hystériques et épileptiques (femmes). Il discute également les modifications qu'on propose de faire subir au projet adopté, et il demande à la commission d'émettre, entre autres vœux, que le projet de M. Morin-Goustiaux soit exécuté *comme asile d'aliénés*, avec des modifications de détails ; qu'il soit créé un asile exclusivement réservé aux buveurs d'habitude, d'après le programme de M. Magnan, complété et modifié s'il y a lieu ; que le Conseil général partage le crédit dont il dispose entre le cinquième asile d'aliénés et l'asile des buveurs.

Enfin, tout récemment, M. le professeur Forel, dont on connaît la compétence, s'exprimait ainsi : « De nos jours, même pour les asiles d'aliénés, on abandonne de plus en plus le système « caserne » pour bâtir la « colonie-village » rurale. A plus forte raison ce système me semble-t-il s'imposer pour un grand asile de buveurs de 500 lits. » M. Forel se rallie à notre projet d'une dizaine de pavillons séparés, possédant chacun un surveillant responsable intelligent : « On pourra ainsi faire un asile modèle et classer les buveurs en catégories, isoler les indisciplinés, séparer les améliorés qui peuvent sortir librement, de ceux qu'on doit encore tenir enfermés, etc. (1) ».

(1) Forel. Sur la cure des buveurs. *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1895.

Actuellement, on le voit, tout paraît remis en discussion : nombre de personnalités compétentes restent opposées, en principe, à un grand asile de 500 lits, voyant dans ce chiffre considérable une cause d'insuccès. M. Forrel et M. Marandon de Montyel sont partisans d'une colonie-village ; M. Legrain ne considère point le projet primé comme inspiré par des données précises sur les asiles d'ivrognes ; M. Magnan se voit obligé de lui faire subir de profonds remaniements ; M. Puteaux demande que l'architecte choisi pour édifier le nouvel asile établisse un second projet entièrement neuf ; enfin, M. Bourneville n'accepte le projet primé qu'à condition qu'on change la destination de l'établissement ; il demande que le cinquième asile de la Seine soit, comme il en avait été question auparavant, un asile d'aliénés proprement dit, et que l'on étudie à loisir le projet de création d'un établissement de traitement pour les alcooliques.

Toutes ces divergences, tous ces mécomptes auraient peut-être été en partie évités, si une question aussi complexe et aussi mal connue que celle des asiles d'alcooliques, au lieu d'être tranchée avec précipitation, avait été l'objet, au préalable, d'une étude patiemment poursuivie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1892.]

I. — *L'axe cérébro-spinal centre thermique et moteur hydraulique*; par M. B.-W. Richardson (numéro de janvier). — Edifier une théorie mécanique des phénomènes vitaux sur des expériences physico-chimiques est une entreprise qui a tenté les physiologistes de tous les temps. Avec M. Richardson, l'iatrochimie modernisée vient de faire un nouvel effort. Les recherches dont il a rendu compte, le 19 novembre 1891, à la Société médico-psychologique ont un cachet trop personnel pour que nous puissions nous dispenser d'en dire quelques mots.

Ce savant avait d'abord cherché la raison de l'activité vitale dans l'existence d'un éther nerveux, dissous dans la substance des nerfs, jouissant d'une tension considérable à la température du sang, susceptible de se condenser par le froid, ayant pour fonction de recevoir et transmettre des vibrations dans toute l'étendue du système. Il a renoncé plus tard à cette hypothèse, mais cette vue l'a conduit à une conception nouvelle et plus plausible. Il s'est demandé si le rôle qu'il avait attribué à l'éther nerveux ne pouvait pas être rempli simplement par l'eau de constitution des nerfs, soumise à des tensions variables, émettant des vapeurs et se condensant suivant les températures.

Sous l'action du froid, la matière nerveuse est sous le coup d'une mort apparente, temporaire et sa conductibilité électrique disparaît. Ces changements fonctionnels reconnaissent pour cause des modifications moléculaires de cette substance.

Elle est composée, en effet, d'eau, d'albumine et de graisse. Grâce aux propriétés physiques de ces trois corps, leur ensemble forme une masse homogène qui a la propriété de se refroidir graduellement en passant par des degrés successifs de solidification. Elle arrive à l'état solide par une transformation lente, insensible, bien avant la température de congélation de l'eau.

Or, la conductibilité électrique est en rapport avec la constitution physique de la matière nerveuse. Elle augmente avec la quantité d'eau, diminue avec l'accumulation de la graisse.

Pour démontrer ce double phénomène, M. Richardson soumet à la balance électrique, le cerveau, la moelle et des fragments de nerf d'un animal fraîchement tué, après les avoir desséchés à l'étuve (1^{re} expérience) et mélangés à du bisulfure de carbone, dissolvant de la graisse (2^e expérience). Il a noté la diminution de la conductibilité électrique dans le premier cas, l'augmentation dans le second.

Les températures diverses qui modifient la constitution de la matière des nerfs et sans doute l'activité de transmission du fluide vital sont la conséquence des oxydations métaboliques.

Le liquide céphalo-rachidien n'est autre chose que l'eau condensée des centres nerveux et son abondance est proportionnelle au travail chimique.

L'auteur a montré dans des travaux antérieurs que ce liquide, lorsqu'il est en excès, s'écoule dans la veine cavé inférieure. Il joue donc le rôle de régulateur de la pression hydraulique. Lorsque la tension des centres s'accroît, il se déverse dans les veines; lorsque la tension diminue, le liquide céphalo-rachidien s'accumule dans les cavités arachnoïdienne et ventriculaire et la pression qu'il détermine favorise le repos et le sommeil.

Les centres nerveux sont le siège d'une combustion statique, autonome, fournissant des produits solubles et dialysables. Cette action comburante, qui persiste après la mort, peut être mise en évidence par la curieuse expérience que voici :

Un cerveau de mouton, dépouillé de ses membranes, est réduit en pulpe fine, puis additionné d'une solution de phosphore. Le mélange est placé sous la cloche de la machine pneumatique, où le bisulfure de carbone, véhicule du phosphore, s'évapore et laisse ce dernier très divisé dans la pulpe cérébrale. On remplit de cette masse phosphorée, un moule formé d'une matière albuminoïde, représentant grossièrement la forme d'un cerveau et le tout est plongé dans le sang du même animal, préalablement alcalinisé et porté à la température moyenne de la vie. On a alors la satisfaction d'assister à une véritable combustion lente. La superficie de la masse se fonce et prend l'aspect de l'écorce grise cérébrale. Les parties profondes restent blanches. La matière nerveuse laisse condenser un liquide analogue au liquide cérébro-spinal. Si l'on a eu soin de mélanger au sang

diverses substances toxiques, elles sont décomposées plus ou moins rapidement. La transformation est très active pour l'alcool, plus lente pour la strychnine. Résumons brièvement les vues émises par notre savant confrère.

L'axe cérébro-spinal est un centre statique, thermique et un moteur hydraulique. Il est le grand ressort du mouvement vital. Les nerfs produisent un fluide, liquide pendant la vie, susceptible aussi de se condenser rapidement. La substance grise est le siège d'une combustion lente où le phosphore joue le principal rôle, combustion réduite, donnant lieu à la formation de produits salins dialysables. Chaque centre nerveux possède sa surface d'oxydation, et agit comme un organe indépendant. La substance blanche joue le rôle de récepteur. Elle fournit aux centres gris la matière de la combustion ; elle reçoit les vibrations et les transmet à tout le système nerveux. La chaleur, développée par la combustion, maintient les centres dans un état de tension convenable qui s'établit dans tous les faisceaux du cerveau et de la moelle, de sorte que les vibrations se communiquent librement du centre à la périphérie et *vice versa*. Le fluide nerveux pratiquement statique, se condense aisément. Sous l'influence de la pression centrale, il se porte à la périphérie où il stimule les muscles et les organes de sécrétion.

La veille et le sommeil dépendent des modifications de tension. Si elle est complète, le système nerveux a toute son activité. Si la tension faiblit (oxydation plus lente), la condensation a lieu, la cavité arachnoïdienne s'emplit de liquide, et le sommeil est le résultat de la compression produite. Le système cérébro-spinal est donc une véritable machine hydraulique. Il subit, comme le baromètre, l'influence de la pression atmosphérique et de la température.

Cette théorie assigne un rôle prépondérant au liquide cérébro-rachidien. C'est le produit condensé d'une combustion. Il fait l'office de régulateur de la pression et il élimine les substances toxiques. Le centre cérébro-spinal n'a pas seulement pour fonction de recevoir et transmettre les vibrations ; il est encore un centre de combustion statique dont le produit, le liquide cérébro-rachidien, agit mécaniquement pour maintenir une tension uniforme dans toutes les parties de l'organisme. Celui-ci est le siège de deux combustions distinctes : la combustion centrale statique, appartenant en propre au système nerveux, combustion lente, produisant un abaissement de pression, la combustion des muscles, plus active, dépendant, en

réalité, de la première, qui l'entretient en réglant l'apport du sang,

Les applications de cette conception originale sont étudiées à la fin du chapitre, et l'auteur cherche à expliquer par elle certains phénomènes physiologiques et morbides. Mais cette analyse est déjà longue et nous ne pouvons que mentionner les considérations intéressantes qu'il a écrites touchant les fonctions des centres ganglionnaires, les actes réflexes, l'épilepsie et la manie.

II. — *Conditions de l'asymétrie faciale chez les aliénés*; par le Dr John Turner (numéro de janvier). — L'irrégularité des traits est commune chez les aliénés et les idiots. En dehors des déformations fréquentes d'origine osseuse, il en est d'autres qui sont le résultat de paralysies musculaires et qui apparaissent manifestement sous les influences émotionnelles. Elles sont étudiées dans ce curieux travail, et peuvent s'expliquer, d'après l'auteur, par l'arrêt de l'action inhibitoire des centres supérieurs. Les lésions unilatérales qui affectent ces centres nerveux, ont pour conséquence de rendre plus libres les centres inférieurs (centres fondamentaux des muscles). Ces derniers n'étant plus contrôlés, sont plus excitables; un léger stimulus, une émotion développent leur activité et la contraction des muscles faciaux qui en dépendent, tandis que les muscles symétriques demeurent inertes. Cette théorie rend compte de l'expression étrange du visage chez certains aliénés, expression transitoire au début puis finissant par imprimer au masque du sujet un cachet d'irrégularité indélébile.

L'asymétrie faciale affecte distinctement les pupilles, la langue et les muscles de l'expression.

L'inégalité pupillaire est fréquente chez les aliénés ordinaires, non atteints de paralysie générale. M. Turner l'a observée dans une proportion de 25 p. 100. C'est la pupille droite qui est le plus ordinairement dilatée, et cette remarque s'applique aux paralysés généraux dont le pourcentage est de 38. Mais, chez ces derniers malades, le phénomène est changeant, les pupilles étant tour à tour égales et inégales; ces variations se voient surtout aux approches des attaques congestives. Les modifications du champ pupillaire sont liées à des lésions des centres frontaux et préfrontaux. L'excitation de ces centres, produit la dilatation des pupilles. Leur destruction d'un côté détermine la contraction de la pupille du côté opposé.

La langue offre chez les aliénés des signes évidents de para-

lysic, démontrés par la déviation de cet organe. La direction latérale qu'elle prend est le résultat d'une faiblesse musculaire d'origine centrale. Sur 306 aliénés, la langue était déviée 80 fois (38 fois à droite, 42 à gauche). On a vu chez certains malades, pendant les convulsions, la langue reprendre sa direction normale.

Sous le rapport de l'expression, il faut séparer le visage en deux zones : la supérieure animée principalement par l'occipito-frontal et le sourcilier; l'inférieure, où se voient l'élévateur de la lèvre supérieure et les zygomatiques. La zone inférieure reflète les émotions de nature matérielle; la douleur morale a son expression dans la zone supérieure. Lorsqu'une mère vient de perdre son enfant, la blessure de l'instinct maternel se peint aux angles de la bouche; plus tard, sa souffrance s'est idéalisée et le souvenir de cet enfant mort provoque la formation des plis frontaux, le froncement des sourcils. Chez les paralysés généraux et les déments, l'action musculaire s'affaiblit et s'altère au visage comme à la périphérie; les émotions ne sont plus exprimées normalement et les traits perdent graduellement leur délicatesse et leur harmonie. L'asymétrie des traits du visage est rare dans la zone inférieure. Sur 306 individus, elle n'est notée que 21 fois : 17 à droite, 4 à gauche (idiots). Par contre, la déformation supérieure a été constatée 78 fois : 31 à droite, 27 à gauche.

Sous l'influence de l'émotion, l'altération des traits devient tout à coup plus apparente et l'on voit alors un singulier contraste entre le côté du visage qui subit l'action de l'occipito-frontal et du sourcilier et le côté opposé qui est immobile, paraissant affecté d'une paralysie transitoire. M. Turner considère à l'occipito-frontal deux portions : l'interne, associée aux formes les plus idéales de l'expression; l'externe qui donne au visage, par sa contraction, un aspect négatif, vide. Par leur combinaison avec celles du sourcilier, les faisceaux internes de ce muscle forment l'expression de la douleur poignante. L'asymétrie occipito-frontale est la plus commune, elle a été notée chez 75 malades sur 306 par l'auteur de ce mémoire dont nous regrettons de ne pouvoir donner qu'une idée fort incomplète. Il est orné de six curieuses photographies.

III. — *La diathèse de la paralysie générale*; par le D^r G.-R. Wilson (numéro de janvier). — Si l'on passe en revue les causes multiples qu'on a considérées tour à tour comme des facteurs de la paralysie générale : alcoolisme, abus sexuels,

sypphilis, insolation, surmenage, etc., etc., on est obligé de reconnaître qu'aucune d'elles ne suffit à expliquer l'éclosion de la maladie. Pour ce motif, M. Wilson estime qu'il faut chercher plus haut l'origine du mal. Il déclare que la paralysie générale est une affection héréditaire et qu'elle prend sa source dans une prédisposition individuelle. On naît, dit-il, paralysé général.

Le fait paraît évident pour les paralysies générales précoces qui se montrent chez les adolescents à peine pubères, où les causes précédentes ne sauraient être invoquées. Mais l'auteur de cette note fait remarquer que l'affection présente toujours dans son origine et son évolution un cachet spécial, un air de famille bien propres à la faire admettre au nombre des diathèses. L'étiologie serait donc formée, d'après lui, de deux éléments : la diathèse, les causes déterminantes dont l'importance varie suivant les individus.

Quels sont les traits saillants de cette physionomie morbide?

Le paralysé général est issu d'une lignée abondante; il fait partie d'une famille nombreuse. Ses parents, ou au moins l'un d'eux, se distinguent par une existence plus ou moins agitée. Il est lui-même actif et bien doué et il a néanmoins peu de succès à l'école. Plus tard, il se surmène pour réparer le temps perdu ou il abandonne ses classes prématurément, pour entrer dans une carrière qui flatte son ambition. Quelle que soit cette carrière, il sera toujours prêt à la quitter pour une autre à la moindre déception. Cette versatilité est caractéristique.

Quoi qu'on ait pu dire, il n'y a pas de type physique pour les paralysés généraux; leur constitution procède de leur ascendance. On peut leur reconnaître, néanmoins, quelques attributs communs. Ils sont, en général, vigoureux, sanguins, favorisés physiquement, doués d'une endurance remarquable; mais leur constitution n'est pas athlétique. Loin de chercher à briller dans les sports, la plupart évitent les occasions de montrer leur force. Au point de vue moral, ces individus sont égoïstes, suffisants, ambitieux, impatients de jouir, incapables d'un sacrifice sérieux pour leur semblable.

Le goût du plaisir, les appétits sexuels exagérés forment le côté dominant de leur anomalie morale. Ils ont le mariage facile et la femme joue un rôle capital dans leur vie. Le futur paralysé est sociable, et cet instinct marche de pair avec l'ambition. Il aime à paraître, et, partout ailleurs que dans sa mai-

son, se met en frais d'amabilité. Il a des mouvements généreux. Il cultive les talents de société, chante et récite en public. Ces dispositions artistiques sont notées fréquemment dans les observations de malades. Les abus alcooliques qui sont mentionnés parmi les causes, proviennent plutôt de l'influence du milieu social que d'une prédisposition individuelle. L'intelligence est au-dessus de la moyenne; mais le futur malade est plutôt porté vers les choses pratiques matérielles que vers la spéculation philosophique. Son esprit se fatigue promptement. Il voit tout en beau, et il est plein de confiance en lui-même; mais il est émotif, se passionne et se décourage avec facilité.

IV. — *Cas de rupture du ventricule gauche du cœur*; par M. John Bruce. — *Cas de rupture du cœur chez une mélancolique*; par M. Vincent Nash (numéro de janvier). — La rareté relative de cet accident pathologique, les conditions différentes dans lesquelles il s'est produit, donnent à ces deux observations un réel intérêt.

Le premier malade est un robuste vieillard de soixante-dix ans, sujet à des accès périodiques de manie. Quand il était calme, il s'adonnait à la promenade, et il n'a jamais eu de dyspnée. Au début des accès de manie, son muscle cardiaque avait un fonctionnement normal; à la fin de l'accès, il battait rapidement et faiblement. Pendant plusieurs années, il a été le siège d'un bruit mitral présystolique. Cet homme est mort subitement pendant son agitation.

A l'autopsie, le cœur, très dilaté, pesait 18 onces. Il était gras et la dégénérescence affectait profondément la fibre musculaire. Le ventricule gauche était rompu à un pouce de la cloison, et à deux pouces de la pointe.

L'orifice, de forme nettement linéaire, avait un pouce de long. A ce point, la paroi musculaire était amincie. Les valvules aortique et pulmonaire étaient normales, l'orifice mitral était rétréci et sa valvule était insuffisante. Le foie était cirrhotique.

Dans l'autre observation, la forme mentale est la dépression (c'est une femme âgée qui en est le sujet [64 ans]); elle en est à son troisième accès de mélancolie. Elle est sombre, tourmentée par des idées tristes et le désir de la mort. Elle a tenté de s'ôter la vie en s'ouvrant les veines du bras avec un fragment de verre. On a noté chez cette malade deux attaques syncopales.

A l'asile, on la voit amaigrie, la face pâle, la peau sèche.

L'appétit est bon et elle dort la nuit. Les bruits du cœur sont faibles et l'orifice mitral offre un léger souffle systolique.

La région cardiaque est parfois le siège d'une douleur aiguë qui se prolonge dans le bras gauche jusqu'aux doigts. Cette femme poussait des gémissements continuels; elle prétendait avoir une maladie contagieuse et suppliait qu'on la tuât dans l'intérêt de ses compagnes.

Elle était perdue, le monde allait disparaître, etc. Deux ans après son entrée, elle contracte une pneumonie gauche à marche ordinaire.

Le sixième jour de la maladie, elle est prise tout à coup d'une dyspnée extrême. La face est pâle et couverte de sueur. Les extrémités sont froides et la température s'abaisse subitement de 2 degrés (Fahrenheit). Le pouls est filiforme et inégal. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles.

Mais le point intéressant est que la mort n'a pas été immédiate. Trois ou quatre heures après cette attaque, la malade est revenue à son état antérieur. Le pouls est clair, vibrant, régulier; le bruit mitral qui se faisait entendre autrefois a disparu. La malade a fait connaître alors que, pendant la crise, elle souffrait d'une douleur intense au cœur et qu'elle était sous le coup d'un sentiment terrible de suffocation. Cependant, son état s'améliore temporairement; elle se plaint seulement d'avoir la respiration courte et quelques douleurs à la pointe du cœur. La mort est survenue subitement quarante-huit heures après le début de l'accident. La malade se retourne brusquement dans son lit, pousse un cri aigu, fait des efforts pour s'asseoir et meurt. Les lésions essentielles de l'autopsie sont les suivantes : Cœur légèrement dilaté, pâle et mou. Ventre gauche recouvert d'une épaisse couche de graisse, surtout sur son bord gauche et vers la pointe. Parois de ce ventricle amincies, pâles et friables. Un peu en arrière de la pointe est une fente longue d'un quart de pouce à bords irréguliers. L'orifice intérieur de la perforation est obturé en partie par un caillot volumineux. Le segment postérieur de la mitrale présente un nodule calcaire à sa partie centrale. L'examen micrographique a montré une dégénérescence graisseuse avancée du muscle cardiaque.

V. — *Rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés*; par le Dr D.-V. Jacobson (numéro d'avril). — Tous les paralysés généraux sont-ils syphilitiques? Le mal vénérien donne-t-il lieu, au contraire, à l'éclosion d'une pseudo-paralysie

bien distincte de la péri-encéphalite? Cette double question est toujours pendante et demande à la statistique seule sa solution. Le travail de M. Jacobson nous apporte, à ce point de vue, une contribution qui n'est pas négligeable. Les chiffres sont fournis par la clinique de l'hôpital danois de Saint-Hans. L'observation a porté sur 116 femmes. Il faut retrancher de ce nombre 16 malades privées de mémoire, incapables de renseigner sur leur histoire. Il en reste 100, sur lesquelles on a trouvé la syphilis certaine chez 37 et très probable chez 13. D'après cette statistique, la syphilis existait à peu près sûrement dans 50 p. 100 des cas. Si l'on remarque que, parmi les 50 qui restent, un certain nombre était absolument suspect, on peut évaluer d'après l'auteur à 65 p. 100 la proportion des paralysées générales atteintes de syphilis. Ces chiffres paraissent favorables à la théorie de la spécificité.

Les partisans de la doctrine de l'infection syphilitique se divisent en deux camps : les uns prétendent trouver chez les malades des lésions syphilitiques constantes (Heubner). La fausseté de cette vue a été démontrée. Les autres (et c'est le plus grand nombre), considèrent la syphilis comme un facteur important de la maladie, qui développe les lésions vasculaires et les vices de nutrition favorisant la production de la péri-encéphalite. Quoiqu'il en soit de cette conception, très ingénieuse d'ailleurs, il est avéré que la paralysie générale est plus fréquente chez les anciens syphilitiques.

Rieger a eu l'heureuse idée de combiner dix statistiques empruntées à divers auteurs. Cette opération l'a conduit aux conclusions suivantes :

1° Sur 1,000 aliénés ordinaires, il y a 39 syphilitiques et 961 non syphilitiques.

2° Sur 1,000 paralysés généraux, il y a 399 syphilitiques et 601 non syphilitiques.

En d'autres termes, les syphilitiques ont une chance seize fois plus grande que les autres individus de contracter la paralysie générale.

Les chiffres seuls sont capables de mettre fin à cette controverse dont la portée démographique est immense. Ils sont peu démonstratifs jusqu'à ce jour, et la science attend encore de la statistique un enseignement sérieux. Il faut savoir gré à M. Jacobson de ses recherches sur le sexe féminin, au sujet duquel cette statistique est particulièrement pauvre.

VI. — *Note sur le cocaïnisme*; par M. Conolly Norman

(numéro d'avril). — La cocaïne est un médicament dangereux à plusieurs points de vue... Son action est insidieuse; elle produit de bonne heure la déchéance mentale dans les deux sphères morale et intellectuelle. Elle est éminemment toxique et donne lieu à des altérations destructives du tissu nerveux: dégénérescence albuminoïde des cellules ganglionnaires de la moelle et du grand sympathique; transformation atrophique et vacuaire de ces éléments (Zanchevski); dégénérescence graisseuse des fibres du cœur et des tuniques artérielles, etc.

Ces lésions graves, à marche rapide, expliquent la lenteur de la convalescence chez les individus relativement peu éprouvés qui guérissent du cocaïnisme.

La sensation de bien-être coïncidant avec l'absence de symptômes alarmants, qui suit l'administration de la cocaïne, est la preuve de son action perfide. La cocaïne est à la fois le plus dangereux et le plus agréable de tous les narcotiques. Erlennmayer l'a défini avec raison le troisième fléau de l'humanité, l'alcool et l'opium étant les deux premiers. Le malade qui en fait usage ne tarde pas à trouver insuffisantes les doses faibles et il finit par s'y adonner. C'est alors que les signes de déchéance apparaissent et que l'on constate du même coup avec le dépérissement physique, l'amnésie, les hallucinations et un délire de persécution incurable.

L'observation personnelle de l'auteur embrasse trois cas de cocaïnisme et il recommande le syndrome suivant comme spécial à cette intoxication: exaltation du sens génésique, perte de la notion du temps, apparition précoce d'hallucinations de la vue qui ressemblent à celles de l'alcoolisme.

VII. — *Colonies d'épileptiques*; par le D^r E. Théodore Ervart (numéro d'avril). — L'organisation de cette assistance spéciale doit pouvoir aux besoins de trois groupes d'individus: les épileptiques aliénés, les épileptiques non aliénés, les enfants épileptiques.

La création d'établissements réservés au premier groupe est souhaitable avec l'encombrement toujours croissant des asiles.

Beaucoup a été fait dans certains pays du continent pour les épileptiques non atteints d'aliénation mentale. L'Allemagne surtout s'est distinguée sous ce rapport. Ce mémoire contient de curieux détails sur l'établissement de Bielefeld en Westphalie, fondé il y a vingt-quatre ans par un pasteur luthérien. Cette colonie, dont les débuts ont été modestes et qui a commencé par hospitaliser quatre malades, en a reçu depuis sa création 2,047.

Sa population actuelle dépasse 1,000. Elle est formée de cottages séparés et le travail y est employé sous toutes ses formes. Le nombre de guérisons obtenues est de 6 1/2 p. 100.

D'autres tentatives du même genre ont été faites avec succès postérieurement, en Allemagne et en Europe, et il convient de mentionner les colonies de Rotenbourg dans le Hanovre, de Maria Hilf près Munster ; d'Olpe en Westphalie ; d'Alexandra-Kloster à Aix-la-Chapelle, de Rath près Düsseldorf, pour les provinces rhénanes ; celles de Neinstedt-Thale pour la Saxe, de Tabor, près Stettin, pour la Poméranie et le duché de Posen, de Karlhof près Rottembourg pour la Prusse orientale et occidentale, de Postdam, pour le Brandebourg ; de Harlem, en Hollande ; de Zurich, en Suisse.

L'Angleterre est pourvue d'établissements remarquables pour les idiots. Mais la sélection des épileptiques doit y être mieux pratiquée ; une école doit être affectée à ces malades.

L'auteur exprime encore le désir de voir des asiles spéciaux recevoir les idiots épileptiques parvenus à l'âge adulte. Il fait l'éloge de la colonie de Gheel, tout en remarquant que tout n'y est pas parfait et que de nombreuses améliorations y seraient indiquées.

En Amérique, l'assistance des épileptiques fait de sérieux progrès. En ce moment, l'Etat de l'Ohio fait étudier un projet d'établissement modèle qui s'élèvera dans le territoire de la ville de Gallipolis. Il aura 1,006 places, comprendra de nombreux pavillons (22) dont la forme et la disposition leur permettront de recevoir diverses catégories de pensionnaires suivant leur état mental, leur âge, le degré de la maladie, etc. M. Ewart a tracé quelques règles pour l'organisation d'une colonie ; la propriété rurale de 500 acres d'étendue devra s'adapter à une bonne exploitation agricole ; elle sera placée à portée d'une grande ville pour l'écoulement des produits. Les pavillons nombreux et de petite dimension recevront séparément les deux sexes.

On y trouvera des cottages distincts pour les déments, les convalescents, les enfants, les travailleurs et les malades payants, appartenant aux classes élevées. L'établissement doit avoir encore des ateliers pour adultes, une école, des bâtiments de ferme, un laboratoire d'anatomie pathologique, etc. La colonie aura un médecin pour deux cents pensionnaires.

VIII. — *Observations sur la « Catatonie »* ; par M. Edwin Goodall (numéro d'avril). — *Cas de Catatonie* ; par M. Percy

Smith (numéro de juillet). — *La Catatonie est-elle une forme spéciale de désordre mental?* par M. M.-J. Nolan (numéro d'octobre). — *Cas de Catatonie*; par le même; (numéro d'octobre). — La tentative du Dr Kahlbaum pour faire admettre dans la nosologie mentale une nouvelle unité morbide ne pouvait manquer de soulever des protestations. Le Dr Goodall fait des réserves formelles au sujet de la nouvelle affection mentale, désignée par l'auteur allemand du nom de *Catatonie*. Serait-ce une maladie continentale, peu connue en Angleterre? Le fait n'est pas invraisemblable, car la psychose décrite par Kahlbaum a de nombreux points de contact avec l'hystérie, qui s'observe peu chez nos voisins. Les trois prétendus cas cités au Congrès international de 1881 ne ressemblent que de loin à la catatonie. Un des caractères principaux indiqués par Kahlbaum, la verbigération, y faisait défaut. Les phénomènes spasmodiques et la stupeur des convulsionnaires de Saint-Médard qu'il rattache à la catatonie ont pu recevoir une autre interprétation clinique.

Ses caractères pathologiques : lésions méningées, hyperémie de la base, assignés à la maladie, auraient besoin d'être déterminés avec plus de précision. Par malheur, les autopsies sont rares, bien que Kahlbaum affirme que la catatonie peut être mortelle par elle-même. Il reconnaît, d'ailleurs, que la plupart des malades meurent phthisiques (sept sur cinq). En réalité, les décès causés uniquement par la maladie dont il s'occupe n'abondent pas et les recherches nécropsiques qui pourraient éclairer ce point de pathologie ne sont pas près d'aboutir à une formule satisfaisante.

Dans le numéro d'octobre, M. Nolan reprend la question et l'approfondit au point de vue didactique. Résumant les idées de Kahlbaum, Schüle, Spitzka et autres auteurs, il a écrit une véritable monographie dans le but de dégager l'individualité morbide de la confusion dans laquelle l'ont plongé des observations imparfaites.

Trois stades successifs doivent être distingués dans la catatonie :

- 1° La dépression;
- 2° L'état émotif;
- 3° La stupeur.

La dépression offre un type bien spécial. L'imagination du malade reflète passivement et sans souffrance les idées délirantes qui se succèdent en une série disparate. Ce sont des

hallucinations bizarres, parfois agréables, qui n'ont pas le caractère pénible de la mélancolie. Le cerveau est une chambre obscure où se dessinent des silhouettes grotesques, qui disparaissent sans laisser de traces dans la mémoire.

A cet état psychique s'ajoutent l'anémie, des troubles vasomoteurs, des lésions trophiques, une déchéance générale, l'onanisme, une rigidité musculaire plus ou moins généralisée s'élevant par degrés jusqu'à l'attaque hystérique ou épileptoïde. La forme délirante est alors nettement établie. Les conceptions de l'esprit sont une étrange mixture de l'élément sexuel et religieux avec les idées de persécution. Il s'y joint un trouble émotif qui n'offre pas une acuité proportionnelle au désordre mental. Les suicides sont rares, mais les malades s'infligent des sévices graves, sous l'influence de leurs aberrations sensorielles. L'auteur mentionne enfin une céphalée occipitale, dans les derniers jours, qui porte le malade à se frotter le crâne avec la paume des mains ; le geste contraste par sa douceur avec la violence de l'acte similaire observé chez les déprimés lypémaniaques. Au moment de son entrée, le malade est parvenu généralement à la période émotive et son agitation s'accroît par l'isolement. Alors, se font jour des conceptions jusque-là latentes. Le malade se croit condamné à la torture, son entourage de gardiens lui apparaît comme un groupe de tourmenteurs et de bourreaux. Il se plaint dans l'idée de sa misère ; des hallucinations pénibles et multiples apparaissent confusément. Leur caractère transitoire donne lieu à des interprétations tellement choquantes et absurdes que le malade parfois en éclate de rire. Cet état émotif, à manifestations heurtées et contradictoires, décline graduellement, par un apaisement uniforme, vers la stupeur. Mais avant que cette dernière forme ne soit réalisée, le malade offre des symptômes caractéristiques qui appartiennent à la catatonie.

Le ton général de l'excitation est celui de l'expansion religieuse avec résistance opiniâtre du malade (*mulish resistiveness*, résistance de mulet) aux efforts déployés pour le mouvoir. Cette raideur voulue doit être distinguée de la mobilité plastique de l'état pseudo-cataleptique. Le malade se livre parfois à des mouvements rythmés, à des contorsions, en affectant un parfait mutisme. On voit encore à cette période des attaques spasmodiques légères, des troubles cutanés (herpès, bulles), des modifications thermiques, associés à des phénomènes hallucinatoires. On constate encore un trouble musculaire du langage

des plus remarquables, sur lequel les auteurs ont beaucoup insisté. Ce symptôme a été désigné sous le nom de verbigération et il est spécial à la catatonie. MM. Séglas et Chaslin, qui ont écrit une étude très remarquable sur le sujet, ont défini la verbigération « une crampe coordonnée du centre cérébral des organes de la parole ».

Le stade de stupeur offre des degrés variables d'intensité et se distingue par la forme relativement bénigne des hallucinations, qui ne sont jamais terrifiantes, et sont parfois agréables (éréthisme religieux). Le malade est conscient de son trouble mental et peut se contrôler jusqu'à un certain point. Ce caractère, joint aux attaques épileptoïdes, met bien en évidence la nature hystérique de l'affection. Notons enfin que les troubles mentionnés du côté du système vaso-moteur sont moins graves que chez les vrais mélancoliques. Les sécrétions sont peu modifiées; les réflexes sont normaux; le globe de l'œil est tourné en haut; les paupières sont affectées de mouvements cloniques, mais le regard est le plus souvent naturel. On observe fréquemment de la pâleur, de la rougeur, des sueurs locales; l'expression du visage lorsqu'elle n'est pas dénuée d'expression est heureuse; elle est rarement triste.

Nous avons cru bien faire en reproduisant ici les grandes lignes du travail quelque peu touffu de M. Nolan. Elles n'ont peut-être pas une valeur pathognomonique, mais elles caractérisent assez nettement un syndrome intéressant qu'on observe dans les lypémanies. Le même auteur publie dans le même numéro cinq observations dont la texture paraît correspondre à l'entité clinique en litige; le résumé qu'on peut lire en tête de chacune d'elles en donne une idée suffisante.

OBS. I. — *Extase tragico-religieuse. — Mélancolie persécutée. — État cataleptique avec verbigération.*

OBS. II. — *Mélancolie. — Extase. — Exaltation. — Démonomanie. — Pseudo-stupeur. — Exaltation.*

OBS. III. — *Dépression. — Manie expansive. — Démonomanie. — Mélancolie stupide avec refus d'aliments. — Manie hallucinatoire aiguë. — Pseudo-catalepsie. — Résistance de mulet avec verbigération.*

OBS. IV. — *Manie hallucinatoire aiguë. — Mélancolie démoniaque. — Pseudo-catalepsie avec verbigération.*

OBS. V. — *Manie érotico-religieuse. — État stupide. — Démonomanie. — Périodes alternantes d'hystérie et de confusion mentale. — Demi-stupeur avec verbigération.*

Pour en finir avec la catatonie, qui semble préoccuper en ce moment les pathologistes anglais, nous mentionnerons encore une remarquable observation publiée par M. Percy Smith (n° de juillet), dans laquelle le symptôme verbigération associé à des attitudes fixes, à des spasmes et à la stupeur paraît donner à la maladie un cachet d'individualité indiscutable.

IX. — *Coup d'œil rétrospectif vers l'origine de la retraite d'York*; par le D^r Hacke Tuke (n° de juillet). — *Discours présidentiel prononcé à la cinquante et unième réunion de la Société médico-psychologique, tenue à la retraite d'York, le 21 juillet 1892*; par le D^r Robert Baker (n° d'octobre). — Le 6 mai 1892, la vieille et noble maison de *York Retreat* était en fête sous la présidence de notre éminent confrère Hack Tuke, l'arrière-petit-fils de William Tuke. On célébrait le centenaire de sa fondation. De nombreux invités venus de tous les pays d'Europe, avaient tenu à lui exprimer à cette occasion leur admiration sympathique. L'allocution élégante que M. Tuke a prononcée devant son auditoire d'élite a une valeur documentaire. Ce morceau oratoire, dont le sujet est la création de la *Retraite* par son bisaïeul, complète heureusement l'histoire de l'assistance des aliénés depuis la Réforme dans le Royaume-Uni.

Cette assistance n'existait pas avant l'année 1777, époque où fut ouvert le vieil asile d'York. Cet établissement répondit tout d'abord à l'attente des philanthropes; mais il fut mal administré et les abus qui s'y commirent bientôt furent flétris par le poète Mason. En 1791, un incident d'une importance minime fournit l'occasion d'une enquête décisive qui eut pour résultat de vouer l'asile d'York à l'animadversion publique.

Il s'agissait d'une aliénée que sa famille ne put visiter à l'asile et qui mourut quelques jours après. Ce fait, banal en lui-même, servit de prétexte à une intervention officielle et cet événement fit connaître la situation pénible des aliénés, victimes de négligences coupables et d'odieux sévices.

Un homme de bien conçut alors la pensée d'un traitement nouveau basé sur la douceur et le confort, dans une maison de santé construite d'après ces données philanthropiques.

Soutenu par son fils Henri, sa belle-fille Maria et son ami Lindley Murray, il soumit ses idées à la *Société des amis d'York*. Son projet, d'abord repoussé à la réunion du printemps, reçut à la réunion d'été l'approbation de cette Compagnie et l'ouverture de la *Retraite* fut décidée.

A la suite de cette résolution, un terrain fut choisi près de la ville d'York dans de bonnes conditions de salubrité, sur une colline nommée « Lamel Hill », à 90 pieds au-dessus de la rivière Ouse. Là fut élevée la nouvelle maison de santé. On lui donna la forme d'une ferme, elle n'avait ni barreaux ni grilles et ne ressemblait en rien aux geôles où les aliénés étaient alors confinés. N'oublions pas de copier au passage la curieuse inscription qui a été gravée sur la pierre fondamentale. Elle est significative : *Hoc fecit amicorum caritas in humanitatis argumentum. Anno Domini MDCCXCII.*

Notre regretté Foville a remarqué justement qu'à la même époque deux hommes de cœur, William Tuke en Angleterre, Pinel en France, animés du même amour de leurs semblables, inauguraient sans se connaître la même réforme et substituaient dans leur pays pour les aliénés la douceur et le bien-être à la coercition et aux sévices. M. Hack Tuke les réunit dans le même éloge.

Le petit-fils de William Tuke, Samuel, a écrit en 1813 une brochure sensationnelle intitulée : « Description de la Retraite. » Ce petit livre a eu le grand mérite de faire un apôtre, Conolly, dont le nom est inséparable de la réforme. Il a puisé dans sa lecture cette ardeur infatigable qui devait aboutir à la transformation du grand asile d'Hanwell. La « Description de la Retraite » a eu encore pour résultat de pousser à l'état aigu l'hostilité qui existait entre Tuke et ses amis d'une part et les administrateurs de l'asile d'York de l'autre. Leur polémique devint bruyante et la querelle finit par attirer l'attention d'un magistrat, Godfrey Higgins, de Doneaster, qui vint pousser vers l'asile une exploration. Elle révéla des faits outrageants pour l'humanité. Cette nouvelle visite fut décidément salutaire aux malheureux aliénés, car la condition misérable du vieil asile d'York devait engager bientôt l'action parlementaire.

L'opinion qui assigne à la *Retraite* d'York un rôle prépondérant dans l'histoire des aliénés en Angleterre n'a donc rien d'exagéré. L'établissement est à son plus haut degré de prospérité, administré par des hommes de valeur, entièrement dévoués à leur tâche humanitaire. L'Association médico-psychologique lui a fait au mois de juillet le grand honneur d'y tenir sa réunion annuelle. Le président actuel, M. Baker, médecin en chef de la maison, lui a consacré le discours d'usage. Ayant pris pour sujet : *les hôpitaux pour aliénés*, il réclame ce titre pour la *Retraite*, en démontrant par des chiffres qu'elle a tou-

jours son caractère charitable. L'intérêt et l'amour du lucre sont exclus des préoccupations de ses directeurs. Maison d'assistance avant tout, elle affecte au soulagement des faibles et des déshérités tous les profits que lui procure le traitement des riches. M. Baker fait ensuite l'exposé des agrandissements et des améliorations réalisés dans la maison de santé depuis dix-huit ans.

X. — *Influenza et névroses*; par M. le Dr G.-H. Savage (numéro de juillet). — Cette note est un résumé concis, mais instructif des méfaits imputables à l'influenza. Elle provoque les psychoses directement ou indirectement, le trouble mental étant lié à la maladie infectieuse ou résultant de l'altération nutritive qui en découle. Le désordre mental est précédé souvent de phénomènes graves du côté du système nerveux. Les principaux sont l'insomnie, les névralgies, affectant de préférence les nerfs qui ont souffert dans la vie du malade, sciatique, rhumatisme musculaire, névrite des alcooliques; des paralysies musculaires, pouvant porter sur les muscles de la vie de nutrition. Cette période prodromique a son importance.

L'influenza peut donner lieu à diverses formes d'aliénation mentale. La gravité de la complication vésanique n'a aucun rapport avec celle de l'affection fébrile.

Mais on a vu, au cours de celle-ci, apparaître un délire avec hyperthermie qui s'est transformé dans la suite en une manie aiguë. La forme maniaque se montre aussi dans la pneumonie de l'influenza. Après la période aiguë, l'influenza peut encore donner naissance à la mélancolie aiguë, à la stupeur, et à la folie délusionnelle aiguë. La marche clinique répond à un type assez uniforme. Le début est marqué par une agitation avec insomnie rebelle, puis on observe un état de confusion mentale, où prédominent des sensations subjectives. Le malade paraît sous l'influence d'un rêve, son attention ne peut être fixée, son pouls est petit et rapide.

Bien que toutes les formes mentales puissent apparaître à la suite de l'influenza, la mélancolie est la complication la plus commune. Son invasion peut avoir lieu tardivement et le lien entre les deux affections ne pourrait être saisi, si l'on n'avait eu sous les yeux la période prodromique mentionnée plus haut. Le suicide est un dénouement à craindre. Le pronostic de ces lypémanies n'est pas fatal; mais elles ne sont pas sans danger pour la vie et la santé mentale. Chose digne de remarque, la forme délusionnelle n'est pas une condition fâcheuse pour le

pronostic et les malades qui la présentent en guérissent assez fréquemment. La paralysie générale accélère parfois sa marche après l'influenza. Les épileptiques doivent à cette fièvre une augmentation du nombre de leurs attaques. La glycosurie et peut-être le diabète sont encore signalés parmi les conséquences possibles de l'influenza, qui peut, d'autre part, modifier temporairement certains symptômes mentaux chez les aliénés et faire disparaître des affections nerveuses anciennes, telles que la surdité, l'asthme, la migraine.

XI. — *Quelques remarques sur les criminels*; par le Dr John Baker (numéro de juillet). — Le médecin de la prison de Portsmouth n'accepte pas sans réserve la doctrine des criminalistes italiens qui admet un type organique bien défini, conférant l'irresponsabilité à tous ceux qui la présentent. Il estime que les criminels doivent être jugés d'après leurs attributs mentaux, et il les classe en quatre catégories :

- 1° Criminels d'occasion, sains d'esprit;
- 2° Criminels nés ou d'habitude, dont l'intelligence est normale et le sens moral plus ou moins perverti;
- 3° Criminels essentiels ou de nature qui sont, à des degrés variables, des débilés intellectuels et moraux;
- 4° Aliénés criminels.

Entre les deux premiers groupes, M. Baker place les professionnels, êtres intelligents et immoraux, qui écoutent leur propre intérêt, mettent en balance les avantages et les dangers d'un acte délictueux et se déterminent après réflexion.

Les criminels nés ou d'habitude ont une perversion manifeste du sens moral, qu'il appelle une *obliquité morale* et qui crée chez eux une propension au crime.

Elle est héréditaire, peut demeurer latente et elle est intensifiée par l'éducation et le milieu. Ces individus ne sont pas fatalement aliénés et leur degré de responsabilité est variable. Ils jouissent parfois d'aptitudes brillantes et leur intelligence du crime peut aller jusqu'au génie. Ce trait les sépare des criminels débilés qui sont d'une pauvreté psychologique manifeste.

Si les criminels faibles d'esprit (3^e groupe) sont abandonnés à eux-mêmes dans la vie, leur infériorité est fatale et les pousse à des actes antisociaux. Beaucoup finissent leurs jours en prison.

En Italie, le pourcentage des débilés prisonniers est de 4.2. En Angleterre, M. Baker l'estime à 2.5 seulement, sur une population de 840 convicts. Ces individus n'attirent pas l'at-

tention tant qu'ils ne commettent que des délits minimes, et ils ne sont l'objet d'une enquête médico-légale qu'à propos de crimes retentissants. La question de responsabilité serait posée plus souvent devant les juges, si le médecin recherchait leurs antécédents personnels et héréditaires. Les débilés criminels sont des prisonniers fort désagréables. Ils ne sont pas seulement des turbulents, mais leur faiblesse mentale leur fait subir la suggestion de camarades pervers et dangereux. Ils sont volontiers simulateurs, s'infligent parfois des blessures graves pour ne pas travailler. Quand ils simulent la folie, la manie est la forme mentale qu'ils préfèrent, alternant avec des périodes de la mélancolie. Leur agitation maniaque augmente s'ils se voient observés. Quand ils sont à bout de forces, ils passent subitement à la forme dépressive avec mutisme.

Un grand nombre de ces débilés sont des dégénérés au point de vue physique. On trouve dans leurs familles l'alcoolisme, la folie, l'épilepsie, la phtisie. Ils sont eux-mêmes prédisposés à la tuberculose. La mensuration de la tête donne des résultats incertains. L'anomalie la plus fréquente est le palais voûté. Le palais a été trouvé normal chez 6 individus seulement sur 25. Les fonctions de la vue, de l'ouïe et du toucher offrent chez eux des perversions plus ou moins marquées. Leur sensibilité est obtuse et ils supportent remarquablement la douleur. Les imperfections sensorielles nombreuses dont ils souffrent rendent ces débilés incapables de travailler, de remplir leurs devoirs sociaux et leur infériorité les pousse naturellement au crime.

XII. — *Calculs biliaires chez les aliénés*; par M. Cécil F. Beadles (numéro de juillet). — Sur 50 autopsies successives pratiquées à l'asile de Colney Hatch, ce médecin a trouvé des calculs biliaires chez 18 sujets. C'est une proportion de 36 p. 100. Ses observations portent exclusivement sur des femmes. Elles sont résumées dans un tableau synoptique où l'on trouve l'âge, la cause de la mort, la forme mentale, l'état du foie, de la vésicule biliaire, le poids, le nombre, la forme et la composition des calculs.

On y voit que les malades sont presque toutes mortes de pneumonie. L'hypertrophie cardiaque est fréquemment notée, de même que le rein granuleux, quoiqu'on n'ait pas découvert de calculs rénaux.

Les foies sont peu volumineux; leur poids ne dépasse guère 40 onces. Leur tissu est nettement gras; la vésicule biliaire est parfois énorme; chez l'un des sujets elle descend

jusqu'à l'ombilic. Les calculs varient pour la forme et le nombre. Dans près de $\frac{2}{3}$ des cas, ils étaient composés de cholestérine, le reste étant presque entièrement fait de pigment biliaire et de mucus.

L'auteur insiste sur l'âge avancé des malades. Onze ont dépassé la soixantaine, la plus jeune a quarante-deux ans.

La forme mentale paraît indéterminée, la manie et la mélancolie s'étant montrées dans des proportions égales. La durée de la folie a varié de trois mois à quarante ans. En général, l'époque de l'invasion était ancienne. Aucun symptôme n'avait fait soupçonner pendant la vie la présence d'un calcul. Cette remarque s'applique d'ailleurs à la généralité des malades. Presque toujours le calcul biliaire est une découverte nécropsique.

Passant en revue les conditions qui favorisent la formation des calculs dans la vésicule du foie, M. Beadles constate qu'elles se trouvent réunies dans les asiles d'aliénés : existence sédentaire, dépression physique associée à la folie. Il n'admet pas une relation nécessaire entre le régime gras et sucré et la production lithique, bien que le régime de ses malades ait été surtout composé d'aliments ternaires. La plupart d'entre elles étaient amaigries.

Les calculs se forment par le procédé suivant. Une masse muqueuse se dépose dans la vésicule et constitue le noyau, autour duquel vient lentement se déposer la cholestérine. Les affections catarrhales sont fréquentes chez les aliénés et donnent lieu facilement à la production du phénomène, que favorisent encore la débilité nerveuse et la perversion de l'activité vitale.

On admet que les calculs biliaires affectent plus souvent les femmes que les hommes. Cela est vrai, mais une distinction est nécessaire pour préciser ce fait clinique. Le diagnostic des calculs pendant la vie est plus fréquent chez les hommes, que leur existence plus active expose à des accidents qui les font découvrir. Mais les constatations après décès sont toutes en faveur du sexe féminin. Chez les aliénés, M. Beadles trouve un pourcentage de 24 pour les hommes, de 36 pour les femmes.

La composition spéciale des calculs biliaires, où domine la cholestérine, suggère à l'auteur une vue bien originale, qui nous paraît digne de solliciter les recherches des biologistes. La cholestérine est un élément important du tissu nerveux normal. Sur 1,000 parties, elle forme 45 parties de substance blanche

et 23 de substance grise. On la considère comme un produit métabolique du tissu nerveux, éliminé par le foie dans la bile et expulsé sous la forme de stercorine (Flint). La production de la cholestérine est accrue par la fièvre, les maladies consomptives et peut-être par l'aliénation mentale. Telle est la théorie, à propos de laquelle M. Beadles pose la question suivante : la cholestérine est-elle diminuée dans le cerveau des aliénés ? Il incline à regarder cette diminution comme un phénomène nécessaire.

En effet, le remplacement du tissu nerveux par du tissu connectif, l'augmentation de la sécrétion biliaire chez les aliénés donnent une certaine valeur à cette hypothèse qui mériterait d'être confirmée par une observation scientifique rigoureuse.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Documents de criminologie rétrospective (Bretagne, XVII^e et XVIII^e siècles); par les D^{rs} Armand Corre, de Brest, et Paul Aubry, de Saint-Brieuc. 1 vol. in-8°; Paris, G. Masson, 1895.

La criminologie n'est devenue une science positive que depuis l'intervention dans son domaine des médecins, des anthropologistes et des sociologues; c'est-à-dire qu'elle date d'hier, comme science d'observation et d'expérimentation.

Dans le curieux et très intéressant ouvrage que publient nos savants et distingués confrères, Corre et Aubry, on voit qu'autrefois on ne négligeait pas absolument d'étudier le crime en lui-même et sous ses diverses manifestations et dans sa genèse, sous l'influence de quelques-uns de ses facteurs. Mais les magistrats qui, seuls alors, s'arrogeaient le droit de prononcer sur des matières abandonnées aux légistes, ne les pouvaient considérer que comme subordonnées à leurs *a priori* systématiques. On avait établi des codes, issus des lois romaines et des coutumes provinciales, d'après cette unique idée qu'il fallait punir plus ou moins rudement, intimider par l'exemple; on ne songeait pas à prévenir, en scrutant les causes et les origines de la délinquance, dans les conditions sociales et ethniques des milieux, moins encore à modifier les natures réfractaires, ou, si quelques esprits osaient se risquer hors du cercle étroit, conventionnellement imposé à leurs obligations professionnelles, ce n'étaient que des échappées timides et bientôt oubliées. Au xviii^e siècle, pourtant, des hommes éminents commencèrent à protester contre le vice des codes et à déclarer qu'il y avait quelque chose à faire pour les mettre en meilleure concordance avec leur véritable objectif. Mais aucune réforme sérieuse ne pouvait aboutir, confiée à des hommes que leur éducation spéciale condamnait fatalement à ne rien découvrir en dehors de leurs propres lumières, en dehors de leurs propres travaux. La médecine légale existait, mais réduite à des ébauches grossières et pratiquée

par des sujets, médecins ou chirurgiens, généralement incapables de lui donner aucune direction de grande envergure.

Avec les premiers travaux de nos aliénistes devaient s'opérer des changements et dans la médecine judiciaire et, par contre-coup, dans la science juridique. On peut dire que les médecins aliénistes ont été les promoteurs d'une révolution, embrassant les questions d'expertise technique et celles de la genèse du crime. Pinel, Gcorget, Gall et ses disciples, Morel, Moreau (de Tours), Prosper Despine, etc., ont été les promoteurs de la science nouvelle, à laquelle Lombroso a seulement apporté la précision de certaines données anthropométriques.

Désormais les magistrats auront à compter avec les savants de l'école positiviste : tôt ou tard, devant les découvertes de ceux-ci, il leur faudra bien jeter bas l'édifice artificiel où se maintiennent tant d'abus intolérables, et dont ils ont prétendu faire un temple de justice !

La criminologie doit servir de base à l'étude des lois, non l'étude des lois à la criminologie.

De cette vérité naîtra la réforme attendue et souhaitée par tous ceux qui savent voir, entendre et réfléchir.

Il existe une *histoire naturelle* du crime. Cette histoire comporte l'examen des êtres qui traduisent leurs impulsivités par les actes dits criminels, celui des catégories sociales et ethniques de tels êtres, au point de vue intrinsèque, puis l'analyse des manifestations criminelles elles-mêmes, au point de vue extrinsèque ou dans leurs relations avec les éléments des ambiances sociales et cosmiques. Si l'anthropologie criminelle ne peut glaner dans les observations d'autrefois que de maigres trouvailles, il n'en est pas de même de l'ethno-sociologie criminelle. Celle-ci rencontre dans les vieux dossiers de procédure une mine précieuse à exploiter ; car nos pères étaient consciencieux, observaient bien, s'ils ne pouvaient toujours tirer de leurs observations les conséquences réelles, et ils recueillaient avec soin maints détails que la science actuelle est à même d'interpréter avec fruit et qu'elle aurait tort de négliger ou de dédaigner.

MM. Corré et Aubry ne croient pas que les documents relatifs à la science criminologique soient exclusivement à récolter dans les observations de la science contemporaine. Ils estiment qu'on les doit aussi rechercher dans celle d'autrefois. La comparaison des unes et des autres apparaît singulièrement intéressante et profitable, en nous montrant comment les mêmes

impulsivités tendent à se modifier selon les temps et les lieux, malgré la persistance de lois sottement immuables, ou à s'entretenir malgré les modifications des lois.

Dans cet ouvrage, les auteurs n'ont eu en vue que de présenter un ensemble de documents rétrospectifs, ouvrant la voie à un genre de travail jusqu'ici à peine entrepris et apte à élargir le champ de la criminologie scientifique. En même temps, ils apportent une contribution nouvelle à l'histoire de la médecine légale, par les nombreux rapports qu'ils ont relevés. Leur œuvre est tout entière formée de documents d'archives inédits.

Mais à un livre qui vise avant tout à réunir des documents *parlants*, à constituer un fonds d'observations utilisables pour les réformateurs de la science criminologique et les historiens de cette science, est-il bien nécessaire de donner des conclusions?

MM. Aubry et Corre ne le pensent pas. Cependant, on peut risquer quelques réflexions très générales.

Faute d'éléments statistiques, on ne saurait établir d'une façon catégorique le bilan *quantitatif* du crime aux *xvii^e* et *xviii^e* siècles dans la région bretonne. Mais de l'énorme masse de papiers qu'ils ont compulsés, il se dégage, chez eux, cette impression, que l'attentat devait être infiniment moins fréquent jadis qu'à l'époque actuelle, dans les pays de la basse et de la moyenne Bretagne auxquels répondent les dossiers.

L'attentat se détache avec une certaine intensité et sous certaines couleurs *qualitatives*, qui peuvent donner le change à une observation superficielle.

Les mœurs d'autrefois sont plus brutales dans toutes les couches; plus brutal aussi est l'attentat, et principalement dans la catégorie de la population la plus sélectée, celle où l'on escompte le mieux l'impunité : l'on est frappé de la violence des impulsivités chez les nobles.

La femme, dans les basses couches, apparaît virilement délinquante; sa condition est dure; elle partage les travaux ordinaires des hommes : il est naturel, qu'en des échappées extraordinaires, elle les répète ou les dirige.

La rudesse des actes, dans l'un et l'autre sexe, surtout chez l'homme, se rattache largement à des habitudes d'intempérance, qui, de nos jours encore, impriment maintes fois à la criminalité des formes identiques.

Par contre, il semble que l'ancienne criminalité n'ait pas aussi fréquemment de mobiles vils et de procédés rusés que l'actuelle.

Le nombre considérable des attentats en bandes se relie à un facteur, hélas ! jadis trop dominant dans la province bretonne : nous voulons parler de la misère, rendue plus âpre par les exigences du fisc et le despotisme des gouverneurs.

On ne saurait, jusqu'à un certain point, refuser aux associations de malfaiteurs un certain fonds d'antagonisme ethnique contre l'élément français ou francisé.

Malgré la religiosité, alors très développée, nous constatons que la note de la débauche est très accentuée : c'est la conséquence de la discordance entre des obligations excessives imposées à la sexualité et le tempérament inassoupli de nombre d'adultes, célibataires et oisifs, dans les villes (soldats, marins, journaliers, etc.).

Les drames de l'infanticide se déroulent exactement comme de notre temps et sous des conditions identiques à celles que nous révèlent les séances d'assises. Cependant la vigilance était extrême, la loi d'une sévérité inouïe, pour prévenir le recel et les suites d'une grossesse irrégulière. Preuve manifeste de l'impuissance des codes contre les actes qui relèvent des conditions physiologiques et sociales, inaperçues ou dédaignées par eux.

Peu, très peu de délinquance infantile ou juvénile. La religion, dans le jeune âge, est le moyen éducatif qui sert de frein contre les entraînements mauvais. On ne l'a point remplacée par une autre forme de redressement : l'on s'en aperçoit à l'effrayante progression de la criminalité chez nos jeunes gens, dont l'organisme est abandonné à l'action de toutes les causes les plus énergiques de dégénération, acquise ou reçue héréditairement.

On remarquera combien la superstition — qu'on se plaît à attribuer comme une sorte de monopole à la race bretonne — joue un rôle effacé dans les mœurs criminelles.

Mais, en somme, s'il y a des différences notables dans la répartition des modes de l'attentat, d'après les catégories sociales et les sexes, avec ce qu'on observe de nos jours, les manifestations, dans leur ensemble, ne s'écartent guère des formes actuelles et c'est à ce propos que MM. Corre et Aubry émettent une conclusion :

« En dépit des affirmations dictées par l'ignorance ou l'intérêt politique, les conditions sociales et légales sont infiniment moins transformées qu'on ne le suppose, depuis la Révolution. Il y a eu une époque de tourmente, où des réformes radicales

ont été ébauchées : ces réformes n'ont pas été accomplies ou elles ont été déviées. Nous continuons à rouler dans le cycle des vieilles institutions, plus ou moins maladroitement modifiées, mais non pas remplacées, avec moins d'éléments de retenue, moins d'éducation et d'éducabilité, plus d'antagonisme entre les obligations imposées et les besoins éveillés. Partant, nous assistons à une formidable augmentation de revendications et de révoltes, de criminalité! »

L'ouvrage de nos distingués confrères constitue une œuvre intéressante, qui intéressera certainement les magistrats et les médecins tout particulièrement. On peut affirmer, sans crainte, que ce livre offrira un très haut attrait de curiosité à toutes personnes soucieuses de pénétrer dans l'histoire intime de nos mœurs provinciales avant la Révolution. Il est à souhaiter que d'autres confrères suivent l'exemple donné et, fouillant dans les archives de leur contrée, poursuivent et complètent une étude si instructive, si pleine d'intérêt pour la science.

D^r MOREAU (DE TOURS).

Le condizioni passate e presenti del R. Manicomio di Torino
(Les conditions passées et présentes de l'Asile royal de Turin); par le D^r Aut. Marro, médecin en chef de l'établissement. Turin, 1893.

Le premier asile piémontais fut ouvert à Turin, en l'an 1727, par une congrégation dite du Saint-Suaire, sous les auspices du roi Victor-Amédée II. Ce n'était alors qu'une maison particulière prise à loyer.

Deux ans plus tard, un hôpital spécialement construit à cet effet commençait à recevoir les malades d'esprit. Originellement, la direction générale de l'œuvre était aux mains de la société fondatrice; en 1860, à la suite de dissensions nées dans le sein même du conseil administratif, le roi se réserva la nomination de ce conseil; c'est par l'intermédiaire du préfet, son représentant, qu'il exerce encore actuellement cette prérogative. Le conseil d'administration se compose de : un président nommé pour trois ans et rééligible (choisi par la préfecture); quinze directeurs nommés pour cinq ans, également élus par le préfet, mais sur une liste présentée par l'Œuvre elle-même; un membre de droit, le prieur de la confrérie du Saint-Suaire.

En 1828, le nouvel hôpital était devenu insuffisant à son tour ; c'est alors que furent jetées les fondations du manicomie actuel. Il reçut ses premiers malades en 1834, mais ne fut terminé qu'en 1837.

Depuis lors, de nombreuses modifications en ont changé l'ordonnance primitive, amenées par le nombre toujours croissant des fous à recueillir et le réveil de préoccupations hygiéniques, de plus en plus à l'ordre du jour. Les agités furent séparés d'avec les épileptiques. A ces derniers un dortoir spécial fut attribué, aussi bien qu'aux paralytiques et gâteux, jadis confondus avec la foule. Les premiers furent réunis dans un quartier cellulaire neuf comprenant, pour les plus désordonnés, douze chambres d'isolement, à coins arrondis, convenablement éclairées et ventilées et d'une capacité de 45 mètres cubes. Des réfectoires, des dortoirs, des salles de réunion furent construits ou aménagés ; le service des vidanges heureusement modifié ; une installation hydrothérapique des plus complètes, montée selon les meilleurs types en usage ; enfin, des laboratoires établis dans un esprit des plus larges et dotés d'un crédit annuel fort convenable.

Le mobilier spécial à chaque groupe nosologique fut amélioré ou renouvelé dans des mesures analogues. Au D^r Perotti, l'un des codirecteurs, revient l'honneur d'avoir imaginé la plupart des meubles ou moyens de contention actuellement en service. Il serait trop long d'examiner en détail chacun de ces appareils, qui consistent surtout en lits spéciaux pour : 1° paralytiques et gâteux ; 2° agités ; 3° épileptiques ; 4° hystéro-épileptiques ; en lits-toilettes et fauteuils pour malpropres, fauteuils pour agités et lits-brancards pour épileptiques. Notons encore des meubles particuliers dans leur forme, propres à cette dernière catégorie de séquestrés et dont le caractère prédominant consiste dans l'absence de tout angle, de toute partie saillante capable de produire un trauma sérieux au cours d'une attaque.

Citons enfin, pour mémoire, un corselet, des gants et des guêtres pour grabataires agités, un maillot, analogue à celui dit de Magnan, pour les maniaques libres, et une fourniture spéciale aux lacérateurs.

De nombreuses gravures commentent et éclairent le texte du D^r Marro.

L'asile de Turin, outre l'ancien hôpital, transformé comme nous venons de le voir, comprend encore une annexe agricole, Collegno, située à 8 kilomètres de la ville. Là, sont actuelle-

ment en voie d'exécution des travaux destinés à donner aux bâtiments de l'asile toute l'extension que comporte l'accroissement continu de sa population. Outre le pensionnat, l'édifice nouveau comprendra sept pavillons, dont deux pour les tranquilles; les autres contiendront l'infirmerie, les épileptiques, les malpropres, les semi-agités et les agités. Chacun d'eux est isolé, entouré de jardins et varie en élévation de 0 à 3 étages, selon le type morbide qu'il doit abriter. Bâties sur le même plan, ils comprennent tous un lavabo, une salle de bains, des chambres isolées, des dortoirs, etc. Le volume d'air départi à chaque malade est, en dortoir, de 50 mètres cubes, pour les malpropres et les alités; de 40 mètres cubes pour les agités, épileptiques et semi-agités; de 30 mètres cubes pour les tranquilles; de 36 mètres cubes dans les chambres. L'aire attribuée à chaque lit couvre 8 m. q. 05. Une salle commune, mesurant 6 mètres de profondeur sur 200 mètres de long, et servant à la fois de réfectoire et de lieu d'assemblée, relie entre eux les sept bâtiments sur leur façade antérieure.

Lorsque l'établissement de Collegno sera terminé, il pourra recevoir 450 délirants du régime commun et une centaine de pensionnaires. Actuellement les deux asiles réunis abritent environ 1,000 malades des deux sexes.

Un point sur lequel insiste particulièrement l'auteur est celui qui touche à l'alimentation des indigents. Selon lui, une bonne nourriture est, dans la majorité des cas, le meilleur moyen curatif à employer dans le traitement de la folie. C'est donc une erreur que de supposer économique une ration journalière pauvre en substances généreuses. Les résultats les plus nets que donne l'application d'une pareille méthode consistent dans l'accroissement du chiffre des incurables; de là, l'obligation pour les provinces de payer, de longues années durant, la pension de sujets désormais réfractaires à toute amélioration, alors que des sacrifices mieux entendus et d'un total bien inférieur eussent profité à la fois à la caisse provinciale, aux malades et à la société.

Un tableau comparatif des aliments consommés à Turin-Collegno et à Stephansfeld-Hordt, pendant l'année 1885, montre combien la ration annuelle servie par l'asile allemand l'emporte sur l'autre en lait, viande et légumes verts. (Tandis que la première de ces substances figure seulement pour 11,78 kilos dans la statistique italienne, c'est 10,270 kilos que porte au même article le relevé parallèle.) Le coût moyen de

cette ration est à Turin de 203 fr. 47 et à Stephansfeld, de 266 fr. 05. Par contre, la moyenne des décès, relativement à la population traitée, est de 10.94 p. 100 dans le premier cas, et de 5.80 p. 100 seulement dans le second. Ce qui revient à dire que, à une augmentation de dépense insignifiante, répond un état sanitaire deux fois plus florissant.

Le service de surveillance est exclusivement laïque chez les hommes et mixte chez les femmes. Les infirmiers gagnent de 30 à 60 fr. par mois, jouissent de quelques heures de liberté, un jour sur deux, et peuvent prendre dix jours de congé par an. Après trente années d'activité ils ont droit à une retraite. Leur nombre est d'environ un pour 10 aliénés.

Le service médical compte neuf membres: un médecin supérieur, un médecin chef de section, un anatomo-pathologiste et deux adjoints, à Turin; trois médecins chefs de section et un adjoint à Collegno. Le médecin supérieur a la haute surveillance médicale des deux asiles, prononce sur les admissions et les sorties, est seul en rapport avec la Direction et tient le Journal de l'Établissement. Il assume en outre les charges cliniques d'une section, hommes ou femmes.

L'anatomo-pathologiste est chargé du service des autopsies et des laboratoires y annexés (L. de neuro-pathologie et L. de clinique).

Les médecins adjoints aident dans leurs fonctions les médecins traitants auxquels ils sont attachés, prennent les observations individuelles et font, chaque soir, une seconde contre-visite dans leurs sections respectives. (La première est faite, au cours de l'après-midi, par le chef de service en personne.)

En outre des laboratoires déjà mentionnés, l'asile tient à la disposition de ses médecins, et même du public studieux, une riche bibliothèque alimentée par un crédit annuel.

La Direction subvient encore aux frais divers occasionnés par l'entretien d'une chaire des maladies mentales; locaux, luminaire et chauffage sont gratuitement fournis par elle. Ce cours professé par le D^r Marro est, de par le règlement de la Faculté, obligatoire pour les étudiants en médecine. Il date de 1848; il fut institué par le D^r Bonnacossa, médecin supérieur de l'établissement à cette époque. C'est la première chaire de psychiatrie fondée en Italie.

Signalons, pour terminer, une heureuse disposition de la loi italienne, qui, durant les six mois qui suivent la sortie du malade, permet sa réintégration, sur le vu d'un simple certi-

ficat médical. Il faut toutefois que le médecin traitant n'ait pas considéré l'aliéné comme guéri, lors de son congé.

D^r NICOLAU.

The epileptic interval; its phenomena and their importance as a guide to treatment (L'intervalle épileptique, ses phénomènes et leur importance comme guide du traitement); par William Browning. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, 1893.

Etudier les phénomènes physiologiques et pathologiques qui se présentent chez l'épileptique en dehors des attaques et des vertiges, extraire de ses nombreuses observations un ensemble de signes qui puissent servir au diagnostic et mesurent, pour ainsi dire, l'action du traitement, telle est la lourde tâche que s'est proposée l'auteur.

Il commence par étudier longuement les troubles pupillaires :

A. *Inégalité pupillaire ou anisocorie*. — Phénomène qui n'est pas rare, même chez les personnes normales, et qui ne peut avoir d'importance chez l'épileptique que comme signe objectif.

Trois types :

1° Inégalité pupillaire considérable, fréquente surtout dans l'épilepsie jacksonienne et dans les épilepsies symptomatiques d'une lésion cérébrale en général;

2° Inégalité légère, mais constante : cas le plus fréquent;

3° Anisocorie latente, distincte seulement à un faible éclairage, peut dépendre de beaucoup d'autres causes que l'épilepsie.

B. *Oscillation de la pupille (Hippus pupillæ)*. — Phénomène des plus constants parmi les manifestations interparoxysmales :

1° La dilatation se fait par secousses, d'où résulte que le temps de dilatation maximum est notablement retardé. Généralement bilatéral;

2° Le même phénomène n'a pas été observé dans la contraction;

3° La pupille se dilate trop, cette dilatation trop grande est suivie d'un resserrement trop grand à son tour, d'une nouvelle

dilatation et ainsi de suite, pour n'arriver au point final qu'après plusieurs tâtonnements ;

4° Le mouvement oscillatoire est plus ou moins continu, rythmé; s'il est prononcé, il peut être observé quand les deux yeux sont bien éclairés. C'est la forme la plus commune.

Ces troubles d'origine sympathique peuvent être diminués par le traitement, l'expérience ne permet pas encore de conclusions à ce sujet. Il observe, assez souvent, chez les épileptiques, un épaississement zonulaire et superficiel de l'iris avec altération pigmentaire et disparition du poli de sa surface; rapprochant cette altération de l'arc sénile, il conclut à une sénilité précoce.

Parmi les autres troubles de l'appareil de la vision sont encore fréquents ceux de l'appareil oculo-moteur et de la rétine.

Je me suis assez longuement étendu sur ce chapitre qui me paraît le plus intéressant de ce travail. Voyons rapidement ceux qui suivent : *Le cœur et son action*. L'auteur étudie la plupart de ses malades à l'aide du sphygmographe Dudgeon et conclut qu'un cœur normal est l'exception plutôt que la règle chez les épileptiques. A côté de maladies organiques assez rares, il observe surtout des phénomènes fonctionnels tels que tachycardie, brachycardie, arythmie, palpitations, douleurs, etc... Ces manifestations cardio-vasculaires indiquaient l'emploi de la digitale; son usage à petites doses semble toujours avoir produit de bons effets, ce qu'avaient déjà indiqué divers auteurs. L'interdiction des excitants (café, tabac, alcool...) en est le corollaire.

Suivent les résultats, parfois très vagues, des observations faites sur la respiration, l'appétit, l'assimilation, le sang, les urines, l'état de la bouche, les différents systèmes, la vie sexuelle, la peau, le sommeil, le nez, les oreilles, les ganglions cervicaux, la motilité et la sensibilité, etc. Qu'il me suffise de les énoncer, leur analyse me semble bien difficile et peu fructueuse, aucun signe indiqué n'ayant rien de bien spécial.

Avec nombre d'auteurs, enfin, M. Browning classe les troubles mentaux de l'épilepsie en deux groupes, suivant qu'ils résultent des phénomènes vraiment convulsifs ou de la dégénérescence mentale.

Des différents signes indiqués dans cette étude, aucun n'est pathognomonique ; la réunion, seule, d'un certain nombre d'entre eux, peut servir au diagnostic et surtout étudiés

objectivement, ils peuvent renseigner le clinicien sur l'action de la médication appliquée.

En somme, conclut l'auteur, le présent travail est seulement un essai qui laisse un vaste champ d'observation aux recherches futures; nous ne pouvons que le féliciter de sa bonne volonté.

D^r JOURNIAC.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Jets over latah (Quelques mots sur le latah); par le D^r J. van Brero, 2^e médecin de l'asile d'aliénés de Buitenzorg (Java). 15 pages in-8°. Extrait du *Geneeskundig Tijdschrift voor Ned-Indië*. Batavia, 1894.

— Contribution à l'étude de l'hystérie sénile; par le D^r Maurice de Fleury. 49 pages, in-8°. Bordeaux, 1890.

— Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale; par le D^r Marc Trénel, interne des asiles de la Seine. 135 pages in-8° avec planche. Paris, G. Steinheil, 1894.

— Les transfusions hypodermiques agissent-elles par suggestion? par le D^r Maurice de Fleury. 8 pages in-8°. Extrait des *Bulletins de la Société de thérapeutique*, janvier 1894.

— Nuovo contributo alla dottrina dell' origine infettiva del delirio acuto (Nouvelle contribution à la doctrine infectieuse du délire aigu); par les D^{rs} L. Bianchi et L. Piccinino. 18 pages in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*. Naples, 1894.

— Sur un cas d'hallucinations motrices verbales, chez une paralytique générale; par le D^r Paul Sérieux. 32 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 87.

— Rari fenomeni osservati in una ipnotizzata ed in particolare della suggestione reciproca e della lettura ad occhi chiusi, da essa presentati (Phénomènes rares observés chez une hypnotisée et en particulier de la suggestion réciproque et de la lecture les yeux fermés, présentées par elle); par le D^r Frigerio. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, etc.* Turin, 1894.

— L'insomnie et son traitement; par le D^r Maurice de Fleury. 50 pages in-8°. Paris. Sociétés d'éditions scientifiques, 1894.

— Le régicide Caserio. Lettre à M. le D^r A. Lacassagne; par le D^r E. Régis. 14 pages in-8°. Lyon, A. Storck, 1895.

— Il colera negli alienati (Le choléra chez les aliénés); par le D^r Domenico Ventra. 31 pages in-8°. Extrait d'*Il manicomio moderno*. Nocera-Inferiore, 1895.

— Documents de criminologie rétrospective (Bretagne, xvii^e et xviii^e siècles); par les D^{rs} A. Corre et Paul Aubry. 1 vol. in-8° (580 pages), de la *Bibliothèque de criminologie*. Lyon. A. Storek, 1895.

— I disturbi della coscienza in relazione con le diamnésie (Des troubles de la conscience dans leurs relations avec la dysmnésie); par le professeur Enrico Morselli. Leçons cliniques recueillies par Picto Soleri. 30 pages in-8°. Extrait de la *Clinica moderna*. Florence, 1895.

— Eighth annual Report of the Managers of the Saint-Lawrence State hospital for the year 1894 (Huitième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat Saint-Lawrence, pour l'année 1894). 1 vol. in-8°, cart. à l'angl. de 210 pages avec planches. Albany, 1895.

— Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux; par E. Séguin. Avec préface, par Bourneville. Tome III de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. 1 vol. in-8° de 376 pages. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1895.

— Idiosincrasia in un' isterica per l'antipirina, l'antifebbrina, il salicilato di sodio (Idiosyncrasie d'une hystérique pour l'antipyrine, l'antifébrine et le salicylate de soude); par le D^r L. Cappelletti, du manicomio de Ferrare. 12 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, décembre 1894.

— Le concours de l'agrégation en médecine et son remplacement par l'institution des privat-docenten; par le D^r Edgar Bérillon. 23 pages in-8°. Paris, Maloine, 1895.

— L'indice cerebrale nei sani di mente e negli alienati. Osservazioni in 570 individui d'ambo i sessi (L'indice céphalique chez les sains d'esprit et les aliénés. Observations de 570 individus des deux sexes); par le D^r Giuseppe Peli, du manicomio de Bologne. 8 pages in-8° avec tableaux. Extrait de l'*Archivio per l'antropologia e l'etnologia*, 1894.

— De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Notes et observations; par le D^r H. Leblais. 84 pages in-8°. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1895.

— The pathology of mind. A study of its distempers, deformities and disorders (Pathologie de l'esprit. Etude de ses maladies, de ses difformités et de ses désordres); par le D^r Henry Mandsley. 1 vol. in-8° de 591 pages; cartonné à l'anglaise. Londres, Macmillan and C^o, 1895.

— Neurologische Beiträge. III Heft. Zur Lehre von der Tabes (Contributions neurologiques. III^e fascicule: Sur l'étude du tabes); par P.-J. Möbius. 1 vol. in-8° de 154 pages. Leipzig. Johann Ambrosius Barth, 1895.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 21 septembre 1895 : M. le D^r CROUSTEL, médecin adjoint à l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine).

— *Arrêté du 19 octobre 1895* : M. le D^r CAILLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1895.

— *Arrêté du 22 octobre 1895* : M. le D^r RAMADIER, directeur médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1895.

— M. le D^r CHAUMIER est nommé médecin inspecteur des établissements d'aliénés du département du Rhône, en remplacement de M. le D^r Max-Simon, démissionnaire.

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES ASILES PUBLICS DE LA SEINE

Cette œuvre est en continuelle voie de prospérité, ainsi que le prouve le dernier rapport du Comité administratif, celui de l'exercice 1894, que notre excellent maître et ami, M. le D^r J. Falret, a lu au Conseil général de la Société de patronage, dans sa séance du 29 mars 1895. Comme les années précédentes nous nous faisons un devoir de résumer ce document important.

Après un rapide historique des améliorations introduites dans le régime des aliénés depuis un siècle, et l'indication de celles qui sont encore, hélas ! dans « le devenir », l'éminent rapporteur donne le compte rendu moral et financier de l'œuvre de patronage, le divisant en quatre parties distinctes : 1^o asile de Grenelle ; 2^o réunion du dimanche ; 3^o secours à domicile ; 4^o exposé de la situation financière.

1^o *Asile de Grenelle*. — Pendant l'année 1894, le mouvement de cet asile a été le suivant :

Convalescentes présentes le 1 ^{er} janvier 1894.	31
Entrées dans l'annéc.	61
Placées dans Paris.	52
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne.	1
Renvoyée dans son pays.	1
Présentes à l'asile le 31 décembre 1894.	38

Ainsi sur 92 convalescentes présentes ou admises, pendant l'année 1894, on a pu en placer 52; une seule a été réintégrée et une autre renvoyée dans son pays.

2^o *Réunion du dimanche.* — Ces réunions ont été suivies par 1,300 personnes (hommes, femmes et enfants), et les dépenses faites par l'Œuvre pour les frais de ces réunions se sont élevées à 2,005 francs. Ces chiffres seuls ne démontrent-ils pas suffisamment l'utilité pratique de ces réunions hebdomadaires?

3^o *Secours à domicile.* — Ces secours sont le but principal de l'Œuvre de patronage. En effet, comme le dit très bien M. J. Falret, « le séjour à l'asile de Grenelle ne s'applique évidemment qu'à un très petit nombre de patronnées femmes qui ne peuvent trouver, en sortant des asiles-publics, aucun moyen d'existence et auxquelles nous sommes bien obligés d'offrir un refuge momentané en attendant que nous puissions leur trouver une situation quelconque qui leur permette de subvenir aux besoins de leur existence. Mais pour les hommes et pour le plus grand nombre des femmes, après leur avoir donné un secours pécuniaire quand il leur est nécessaire à leur sortie des asiles, nous devons les aider à trouver une position, leur en faciliter les moyens, et les suivre ensuite dans les diverses positions qu'ils occupent, quand ils viennent solliciter notre intervention, et leur offrir un appui moral en même temps que des secours matériels. »

Ces secours matériels n'ont pas manqué aux protégés de la Société de patronage; l'œuvre a distribué, pendant l'année 1894, à domicile ou à l'asile, la somme de 5,245 francs, répartie entre 471 femmes et 296 hommes.

4^o *Compte financier.* — Ce compte peut se résumer dans les chiffres suivants :

Recettes.

1 ^o Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, etc.)	6.006 »
2 ^o Recettes dues à la charité privée (souscriptions, loterie, sermon de charité, dons manuels).	35,934 60
3 ^o Subvention du ministère de l'intérieur.	900 »
Total.	42.840 60

Dépenses.

1° Frais généraux d'administration et d'entretien	14.856 60
2° Frais applicables au personnel secouru . . .	27.984 »
Total.	42.840 60

La situation est, comme l'on voit, des plus satisfaisantes. Le succès répond aux efforts si actifs et si dévoués de M. J. Falret; à l'appel de notre excellent maître et ami, la charité privée lui donne avec empressement les ressources nécessaires pour faire vivre cette belle œuvre, création de son illustre père; il serait à souhaiter que les pouvoirs publics lui accordassent une subvention suffisante lui permettant de donner à la Société de patronage plus d'extension, de faire encore plus de bien aux aliénés convalescents en leur épargnant des rechutes.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Loi contre l'alcoolisme en Autriche. — Devant les ravages toujours grandissants de l'alcoolisme, on se préoccupe vivement des remèdes à apporter à une aussi triste situation.

En Autriche, on a déjà essayé de donner à cette palpitante question une solution pratique. La Chambre des députés a, en effet, été saisie d'un projet de loi réglant l'institution d'asiles pour ivrognes et les conditions de l'entrée libre ou obligatoire.

Voici, en quelques mots, l'économie de ce projet de loi :

L'Etat, la province et la commune peuvent créer des asiles pour ivrognes. Des buveurs d'habitude peuvent y être admis à leur demande, s'ils ont fait personnellement, devant la justice, la déclaration que c'est pour se déshabituer de l'ivrognerie qu'ils entrent dans l'établissement.

L'autorité judiciaire peut y envoyer obligatoirement :

1° Des personnes qui, dans l'année, ont été condamnées plus de trois fois pour ivresse ;

2° Des buveurs d'habitude qui, à cause d'une maladie cérébrale, ont été admis dans un hôpital ou un asile d'aliénés, y ont recouvré leur lucidité, mais n'ont pas encore des forces suffisantes pour se dominer et résister à leur passion ;

3° Des buveurs d'absinthe qui, sans maladie réelle de l'esprit, deviennent dangereux pour eux ou leur entourage, au point de vue moral et domestique, ou menacent leur sécurité.

Les personnes une fois admises dans l'asile, peuvent y être retenues même contre leur volonté. Pour ramener un malade en fuite, les autorités judiciaires et administratives sont tenues de

fournir leur appui. Un séjour ininterrompu ne peut durer plus de deux ans. La décision pour l'internement d'une personne dans le cas n° 1 est prise par l'administration, sinon à la proposition des parents, enfants, époux, tuteur ou curateur. Cette décision doit être précédée d'une procédure judiciaire pour laquelle on applique les dispositions de la procédure non contradictoire. Avant la décision, il faut cependant toujours que l'intéressé soit entendu, et il faut un rapport de spécialistes (psychiatres). La décision définitive est réservée au tribunal de première instance.

Dans le cas où un interné serait retenu, quoiqu'un motif de libération se fût produit, il (lui et les siens) peut demander au tribunal de district de décider que la détention est illégale. En outre, le parquet doit faire la même demande dès qu'il apprend qu'une personne est indûment retenue dans un asile. (*Le Bulletin médical*, numéro de dimanche 13 octobre 1895.)

TRIBUNAUX

Un aliéné tué par ses gardiens. — Le lundi 23 septembre, ont comparu devant la Cour d'assises de l'Oise, à Beauvais, les deux gardiens de l'asile d'aliénés de Clermont, Bleuse et Forestier, poursuivis pour avoir commis un meurtre sur un aliéné, Jean Maître, originaire de Royaucourt. Voici les faits :

Le 29 mai dernier, vers huit heures du soir, le gardien Bleuse, chef de surveillance de la 4^e section affectée aux demi-agités, jugea nécessaire de mettre la camisole de force à Jean Maître, qui refusait de prendre une potion calmante. Comme le malade se préparait à résister, le gardien alla chercher des auxiliaires à la section voisine.

Pendant ce temps, le gardien Forestier aidé de son collègue Bennaïlle, entreprit de camiser le malade qui lui lança deux coups de poing. Bleuse survenant alors se précipita sur Maître auquel il porta deux coups de pied et deux coups de poing dans le creux de l'estomac. Puis, quand il l'eut renversé sur le parquet, où ses collègues le maintenaient, Bleuse lui porta encore plusieurs coups de poing dans le côté droit de la poitrine.

Comme le malade se débattait, Forestier, placé à sa gauche, lui porta avec violence de ce côté de la poitrine et dans l'estomac, plusieurs coups de poing. En outre, il plaça avec force son genou sur la poitrine du pauvre fou, qui se trouvait ainsi presque étouffé. Plusieurs malades, attirés par les cris du malheureux, assistèrent à une partie de la scène.

Transporté à l'infirmerie, Maître succombait le lendemain à une pneumonie traumatique double, conséquence directe des graves violences exercées sur lui.

L'autopsie révéla qu'il avait eu le sternum brisé en deux endroits et neuf côtes fracturées.

L'instruction, ouverte aussitôt, établit avec l'aveu même de Bleuse, que nul autre que lui et Forestier n'avait frappé Maître. Celui-ci n'était pas un aliéné habituellement dangereux : l'amélioration constatée dans son état l'avait même fait attacher au service du médecin de l'asile.

Les renseignements fournis sur le compte des deux gardiens ne sont pas défavorables. Cependant, en ce qui concerne Bleuse, un acte de brutalité commis par lui sur un aliéné quelques instants avant la scène qui devait coûter la vie à Maître, permet de penser qu'il recourait assez volontiers à la violence vis-à-vis des malades confiés à sa surveillance.

L'audience s'ouvre à midi, sous la présidence de M. Oudin, conseiller à la Cour d'Amiens; M. Seherdlin, procureur de la République, occupe le siège du ministère public.

L'interrogatoire commence aussitôt.

Bleuse, gardien-chef de la quatrième section, est âgé de vingt-quatre ans. Il est depuis un an à Clermont. Il ne nie pas les faits qu'il explique de la façon suivante :

A l'heure du coucher, on fait prendre une potion calmante, sirop de chloral, aux malades ; l'aliéné Jean Maître ayant refusé de prendre la potion, on recourut à la camisole de force ; Maître s'y opposa ; c'est alors que se produisit la scène au cours de laquelle l'infortuné reçut de nombreux coups. Lorsqu'il fut rendu à l'impuissance, les gardiens lui passèrent la camisole de force et le déposèrent sur un lit. Ni le directeur, ni le médecin ne furent informés, ce ne fut que le lendemain, alors qu'on s'aperçut que le malade était en syncope, qu'on avertit le directeur, il était trop tard : Maître expirait quelques instants après.

Bleuse ne nie pas avoir porté des coups au malade. Quant à Forestier, l'autre gardien accusé, il nie avoir placé son genou sur la poitrine de Maître et déclare n'avoir exercé de pression que sur l'épaule. Sa déposition est contredite par l'instruction.

Après l'interrogatoire des deux accusés, il a été procédé à l'audition des témoins. Nous ne retiendrons que les déclarations du surveillant en chef Jean Capus, depuis treize ans à l'asile de Clermont, et du Dr Adam, médecin en chef de l'asile.

M. Jean Capus déclare que, le soir de la scène, il a été informé par Bleuse qu'on avait dû mettre la camisole de force à Maître et que celui-ci avait longtemps résisté. Il ne s'inquiéta pas autrement de l'incident. Ce n'est que le lendemain qu'il ouvrit une enquête. C'est ainsi qu'il apprit qu'il n'y avait eu, la veille au soir, qu'une simple bousculade.

Le président dit alors au témoin :

« Si vous aviez fait votre devoir, cette scène regrettable ne

se serait pas produite. Ce n'est pas la première fois que des scènes semblables se passent à Clermont et je puis affirmer que cela ne se passe qu'à Clermont. Vous avez eu en cette circonstance une conduite blâmable. »

Le D^r Adam, médecin en chef de l'asile de Clermont, dit que la maison manque de cellules, que les gardiens sont en nombre absolument insuffisant, que tout cela nuit au bon fonctionnement de l'asile.

Après le réquisitoire de M. Scherdlin, procureur de la République, et les plaidoiries de M^{es} Jumel et Raviart, le jury répond négativement aux questions qui lui sont posées. Les gardiens Bleuse et Forestier sont, en conséquence, acquittés.

FAITS DIVERS

Un drame de la folie à bord d'une canonnière espagnole. — On lit dans le *Temps* (numéro du 23 octobre 1895) :

« Un drame très saisissant vient de se dérouler à bord de la canonnière *Cortez*, en rade de Cadix. Le pilote Pego fut subitement pris de folie et il fallut l'enfermer dans l'entrepont et le garder à vue. Mais, à la pointe du jour, il trouva moyen de s'échapper ; puis, dans un accès de délire furieux, saisissant un drapeau et un couteau, il se jeta sur des hommes de l'équipage, qu'il blessa grièvement. On tenta de s'emparer du forcené en lui jetant un lasso ; mais Pego parvint à le couper, et il allait éventrer le pilote en second, lorsqu'un officier le blessa d'un coup de fusil. Le fou se jeta alors à la mer ; on put le repêcher vivant, mais il expira quelques heures après. »

Étrange expérience psychologique. — Le *Temps* (numéro du 25 octobre 1895) rapporte le fait suivant :

« On vient de découvrir, à New-York, que le professeur Cattell, de Columbia college, se livrait à une fort étrange expérience psychologique. Il aurait isolé trois enfants — deux petites filles et un petit garçon — dans une maison située tout au haut d'une colline, en dehors de la ville de Garissons, afin d'étudier, *in animâ vili*, le développement naturel de l'intelligence humaine abandonnée à elle-même et à ses propres impulsions. Pendant quatre années, les trois « sujets », dont l'aîné n'a que six ans aujourd'hui, auraient vécu ainsi privés de toute société, de toute éducation, de toute instruction. Il serait question d'ouvrir une enquête officielle sur ces faits qui rappellent la fameuse expérience racontée par Hérodote dans le second livre de son *Histoire* : un roi d'Égypte aurait fait suspendre dans un panier au-dessus de terre et fait élever dans une rigoureuse solitude deux enfants afin d'apprendre quelle était la langue primitive de l'humanité. »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposés pour l'année 1896.

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix proposés pour l'année 1897.

PRIX BELHOMME. — 600 francs. — *Du langage chez les idiots.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896 devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits pour les prix Aubanel et Esquirol pour 1896, devront être déposés le 31 décembre 1895 ; les mémoires manuscrits et imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE II^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique,

	PAGES
Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Bordeaux (6 ^e session, 1895); par le Dr A. Giraud	169
Les Congrès de médecine mentale. Opportunité d'une organisation permanente et de la création d'une association des aliénistes français; par le Dr Victor Parant.	345

II. — Psychologie.

Le fonctionnement cérébral pendant le rêve et pendant le sommeil hypnotique; par le Dr Lauths.	354
--	-----

III. — Pathologie.

Les sentiments et les passions dans leurs rapports avec l'aliénation mentale; par le Dr H. Dagonet.	5
Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme; par le Dr Maupâté.	38
Folie blennorrhagique et pyophrénies; par le Dr Silvio Venturi.	196
Contribution à la psychologie du vagabondage. Un vagabond qui se range; par le Dr A. Guller.	214
Deux cas de folie hystérique d'origine infectieuse; par le Dr Th. Taty.	376

IV. — Thérapeutique.

Revue de thérapeutique appliquée au traitement des maladies mentales; par M. Lallier	227 et 391
--	------------

V. — Législation.

Des mesures législatives contre les dits délinquants « irresponsables »; par le Dr Gilbert Ballet.	250
--	-----

VI. — Revue critique.

Le Manuel de psychiatrie du professeur Emile Kraepelin; par le Dr Georges Ilberg.	275
L'asile d'alcooliques du département de la Seine; par le Dr Paul Sérieux.	417

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance solennelle du 29 avril 1895.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Rouhinovitch, Trénel, Pierson, Guérin. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Chaslin. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. P. Sérieux. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. P. Sollier.	85
<i>Séance du 27 mai 1895.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Boyer, Maupâté, Cowles, Percy Smith, Gache, Bihorel, Obersteiner, Silvio Venturi. — Prix Belhomme pour 1897. — Subvention au Congrès de Bordeaux. — Rapport de M. P. Sérieux sur la candidature de M. R.-H. Pierson : élection. — Rapport sur la thèse de M. Guérin : « Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes dans la paralysie générale » : M. Paul Sérieux. — A propos des phobies dans un cas d'insuffisance mitrale : MM. Rouhinovitch, Charpentier, Aug. Voisin. — De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales : MM. Toulouse, René Semelaigne. . . .	96
<i>Séance du 24 juin 1895.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Percy Smith, Lays. — Subvention au Congrès de Bordeaux (suite) : M. Charpentier. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Percy Smith : élection. — De la mise en liberté des aliénés dits criminels : MM. Falret, Christian, Th. Roussel, Charpentier, Vallon, Arnaud, Aug. Voisin, Jules Voisin	298
<i>Séance du 29 juillet 1895.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. René Semelaigne, Sollier, Percy Smith, Pierson. — Rapport de M. Marcel Briand sur la candidature de M. Trénel : élection.	300

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ALLEMANDS (1892).

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

Symptôme de Graefe dans la maladie de Basedow.	303
Réflexes tendineux chez les aliénés et les épileptiques.	304
Théorie de la tétanie.	305
Nouvelle méthode pour préparations sèches du cerveau.	306
Cas de polyurie chez une aliénée.	306
Paralysie spinale syphilitique.	307
Ramollissement en foyer du pont de Varole	308
Le sommeil chloroformique permet-il de déceler la simulation d'une névrose traumatique?	309
Absence du réflexe pupillaire dans la paralysie générale.	311
Étude des hallucinations.	312
Signe objectif de l'état de la sensibilité dans les névroses traumatiques.	314
Statistique sur les rapports de la syphilis et du tache.	316
Altérations des noyaux des nerfs crâniens dans la paralysie générale.	316

	PAGES
Altérations des nerfs de la moelle épinière après une amputation. . .	318
Cas d'hétérotopie de la moelle épinière chez un paralytique. . .	321
Aphasie subcorticale. . .	322
Cas de chorée progressive avec lésions pathologiques. . .	323
Cas d'atrophie musculaire combinée à étiologie particulière. . .	325
Hétérotopie de la substance grise de la moelle épinière. . .	326
Troubles neuro-psychiques dans l'ergotisme chronique. . .	327
Le trional comme hypnotique. . .	329

JOURNAUX ANGLAIS (1892)

(Anal. par le D^r PONS)

L'axe cérébro-spinal, centre thermique et moteur hydraulique. . .	477
Conditions de l'asymétrie faciale chez les aliénés. . .	480
Diathèse de la paralysie générale. . .	481
Rupture du cœur chez des aliénés. . .	483
Rapports entre la syphilis et la paralysie générale. . .	484
Note sur le cocaïnisme. . .	485
Colonies d'épileptiques. . .	486
Catatonie. . .	487
Historique de la Refraite d'York. . .	490
Influenza et névroses. . .	593
Remarques sur les criminels. . .	494
Calculs biliaires chez les aliénés. . .	495

III. — Bibliographie.

Contribution à l'étude des hallucinations psychomotrices; par le D ^r Arnaldo Pieracini (Anal. par J. Soury) . . .	136
Les lésions des aires corticales extrarolandiques comme cause de l'épilepsie; par le D ^r Luigi Roncoroni (Anal. par J. Soury) . .	139
Les altérations de la voix dans les maladies mentales dans leurs rapports avec l'état psychique; par le prof. Enrico Morselli (Anal. par J. Soury) . . .	141
Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur les perversions du sens génital; par le D ^r Nücke (Anal. par J. Soury) . . .	143
Quelques travaux artistiques exécutés par les aliénés. Contribution à l'étude de l'art chez les aliénés; par les D ^{rs} Angelinoci et Pieracini (Anal. par J. Soury) . . .	146
Formes de pseudo-tabes dues au plomb, alcool, diphtérie; par le D ^r G. H. Lloyd (Anal. par le D ^r Jourdain) . . .	147
Catatonie; par Julius Mickle (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . .	148
Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagres; par Cesare Agostini (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	149
Encore le traitement au lit des aliénés; par le D ^r Cl. Neisser (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	149
Rapport sur l'asile d'aliénés d'Utrecht pour l'année 1892; par le D ^r Mill. — Rapport sur l'asile de Marenberg pour l'année 1892; par le D ^r Van Deventer (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	150
Sur l'origine infectieuse d'une forme de délire aigu; par L. Bianchi (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	150
Sur la question de la paranoïa; par le D ^r Schüle (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	151
Variabilité du champ visuel chez les dégénérés; par P. de Sanctis (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin) . . .	152
Hypnotisme et suggestion; par le D ^r Moritz Benedikt (Anal. par le D ^r Roubinovitch) . . .	153

	PAGES
Introduction à la psychologie expérimentale; par A. Binet (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin)	331
Les « fêlures » du cerveau; par le D ^r Ireland (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin)	332
Les plus récentes découvertes et applications de la psychiatrie et de l'anthropologie criminelle; par le D ^r Lombroso (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin)	333
Amour morbide; par le D ^r Hughes (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin)	334
Les relations du réflexe patellaire avec quelques-uns des réflexes oculaires dans la paralysie générale; par le D ^r Olivier (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin)	335
Documents de criminologie rétrospective (Bretagne, XVII ^e et XVIII ^e siècles); par les D ^{rs} Armand Corre et Paul Aubry (Anal. par le D ^r P. Moreau [de Tours])	498
Les conditions passées et présentes de l'asile royal de Turin; par le D ^r Ant. Marro (Anal. par le D ^r Nicoulau)	502
L'intervalle épileptique, ses phénomènes et leur importance comme guide du traitement; par William Browning (Anal. par le D ^r Jonn- niac)	506
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	155, 336 et 508
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du lundi 29 avril 1895.	156

IV. — Variétés.

Nominations et promotions: MM. Luys, Legrain, Balet, Blin, Marie. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté du 18 juillet 1888 sur le concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Programme du sixième Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue fran- çaise; session de Bordeaux. — Du suicide en France pendant l'année 1892.	165
Nominations et promotions: MM. Lwoff, Baudard, Alembert Goget, Bourdin, Chevalier-Lavaur, Gallopain, Bellat, Pèon, Chaussai- nand, Samuel Garnier, Monestier, Berbez, Paris. — Martyrologe de la psychiatrie (suite). — Le roi Saül était-il un névropathe? — L'alcoolisme dans le Calvados. — Tribunaux. — Faits divers	338
Nominations et promotions: MM. Croustel, Caillan, Ramadier, Chaumier. — Œuvres de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — La lutte contre l'alcoolisme. — Tri- bunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psycholo- gique (1898-1897)	510
Table des matières du tome II de la 8 ^e série.	517

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.